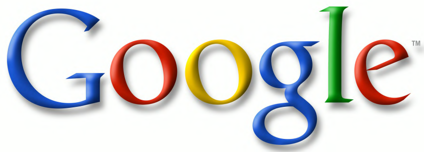


This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at http://books.google.com/

Fasc. I. Tab. I–VIII.



IKONOGRAPHIA DERMATOLOGICA.

Atlas seltener, neuer und diagnostisch unklarer Hautkrankheiten.

Atlas des maladies rares de la peau.

Cases for Diagnosis.

Tabulae selectae

adjuvantibus

de Amicis, Tommaso (Napoli); Balzer (Paris); Bayet (Bruselles); Bertarelli, Ambr. (Milano); Besnier, Ernest (Paris); Bock, Caesar (Christiania); Brocq, L. (Paris); Bronson, B. Edward (New York); Brooke H. G. (Manchester); Crocker, H. Radcliff (London); Danlos (Paris); Darier, J. (Paris); Doutrelepont, J. (Bonn); Dubreuilh, W. (Bordeaux); v. Düring, E. (Kiel); Ehrmann, S. (Wien); Finger, Ernest (Wien); Fordyce, John A. (New York); Fournier, Alfred (Paris); Fox, T. Colcott (London); Galloway, James (London); Gaucher, E. (Paris); Hallopeau, H. (Paris); Harttung, W. (Breslau); Haslund, A. (Kopenhagen); Herxheimer, K. (Frankfurt a. M.); Hyde, James N. (Chicago); Jackson, George F. (New York); Jacquet, L. (Paris); Jadassohn, Josef (Bern); Jamieson, Allan (Edinburgh); Kreibich, Karl (Graz); Lassar, Oskar (Berlin); Lesser, Edmund (Berlin); Lustgarten, Sigmund (New York); v. Marschalko, Th. (Klausenburg); Mendes da Costa, S. (Amsterdam); Merk, Ludwig (Innsbruck); Morris, Malcolm (London); Oltramare, H. (Genf); Pawlow, P. P. (Petersburg); Pellizzari, Celso (Florenz); Perry, Cooper (London); Pick, Ph. J. (Prag); Pospelow, Alexander (Moskau); Riehl, G. (Wien); Rille, J. H. (Leipzig); Róna, S. (Budapest); Selenew, Iwan (Charkow); Smith, Walther G. (Dublin); Sommer, B. (Buenos Aires); Stelwagon, Henry W. (Philadelphia); Thibierge, Georges (Paris); Unna, P. G. (Hamburg); Welander, E. (Stockholm); White, James C. (Boston); Wolff, A. (Straßburg); Wolters, M. (Rostock)

editae a

Albert Neisser
Breslau.

Eduard Jacobi
Freiburg i. Br.

Urban & Schwarzenberg.
Berlin und Wien.
1906.

Masson & Cie.
Paris.

Rebman Limited
London.

Rebman Company
New York.

Jährlich erscheinen voraussichtlich zwei Lieferungen von je acht Tafeln nebst zugehörigem Text zum Preise von M 8.— = K 9.60 für jede Lieferung.

INDEX.

Published March 17, 1906. Privilege of copyright in the United States reserved under the Act approved March 3, 1905, by Urban & Schwarzenberg, Berlin.

Vorrede

zur

„Ikonographia dermatologica“.

Ausgehend von der Erwägung, daß es für die Entwicklung der wissenschaftlichen Dermatologie und zur Verbreitung der sich von Jahr zu Jahr erweiternden klinischen Kenntnisse von größter Bedeutung wäre, wenn alle diejenigen, welche sich für Dermatologie interessieren, nicht auf die Beschreibung speziell seltener, neu aufgestellter Krankheitsbilder angewiesen wären, sondern über gute, absolut naturgetreue Reproduktionen solcher Erkrankungen verfügen könnten, haben wir uns mit einer großen Zahl bedeutender Fachkollegen aus aller Herren Ländern vereinigt, um ein periodisch erscheinendes Bilderwerk herauszugeben, in dem alle neuen, sowie seltene und ungenügend gekannte Fälle, speziell „cases for diagnosis“, gesammelt werden sollen. Damit hoffen wir am ehesten eine Verständigung in wissenschaftlichen Streitfragen zu erzielen und die Nomenklatur, welche so leicht zu Mißverständnissen Veranlassung gibt, zu vereinfachen und reformieren.

Um aber diesen Zweck voll und ganz zu erreichen, wird es sich empfehlen, den Fachkollegen Gelegenheit zu geben, sich gewissermaßen in einer Art schriftlicher Diskussion über die veröffentlichten Fälle zu äußern. Es soll deshalb in jeder Lieferung ein gewisser Raum des Textes für Besprechung der in den vorangehenden Heften enthaltenen Krankheitsbilder reserviert werden und wir bitten die Herren Kollegen, etwaige „Diskussionsbemerkungen“ möglichst kurz gefaßt (nicht mehr als eine halbe Druckseite im einzelnen Falle) an die Redaktion einzusenden.

Die nach dem im Jacobischen Atlas angewandten Verfahren (nach Moulagen) hergestellten Bilder dürften allen berechtigten Anforderungen genügen.

Das neue Werk soll periodisch in Lieferungen von je acht Tafeln nebst zugehörigem Text erscheinen, und zwar ist vorderhand die Ausgabe von jährlich zwei Lieferungen beabsichtigt.

Durch großes Entgegenkommen der Verleger ist der Preis so niedrig gestellt worden, daß der allgemeinen Verbreitung des Werkes in Fachkreisen die Wege geebnet sind; Mitgliedern dermatologischer Vereinigungen gewährt der Verlag bei gemeinsamem Bezug noch besondere Ermäßigungen.

Breslau und **Freiburg i. Br.**

Die Herausgeber.

Alle Manuskripte und Anfragen sind an Herrn Prof. E. Jacobi in Freiburg im Breisgau zu richten.

Avant-propos.

Le domaine de la Dermatologie scientifique s'étend de jour en jour et les connaissances cliniques relatives à ce sujet se propagent de plus en plus. Jusqu'ici malheureusement ceux qui s'intéressent à cette branche de la médecine en ont été réduits à la description de maladies rares ou récemment observées, sans avoir à leur disposition de vrais documents scientifiques représentés par des reproductions d'après nature. C'est pour remédier à cet inconvénient que nous nous sommes associés à un grand nombre de nos confrères de tous les pays, pour éditer une œuvre dans laquelle l'illustration joue le principal rôle, paraissant périodiquement, et où l'on traitera tous les cas rares et insuffisamment connus y compris surtout des „cases for diagnosis". Grâce à cela, nous espérons rapidement arriver à une entente sur des points controversés, ainsi qu'à la simplification et à la réforme de la nomenclature, source de tant de malentendus.

Il nous a semblé que le meilleur moyen d'atteindre le but proposé était d'instituer une sorte de discussion écrite sur les cas publiés. A cet effet, on réservera dans chaque livraison une place où pourront être discutés les cas décrits dans les numéros précédents. Nous prions donc tous nos confrères de vouloir bien adresser à la rédaction toutes les observations et remarques qui leur viendront à l'esprit. Ces observations devront être rédigées aussi brièvement que possible et ne pas dépasser une demi-page d'impression.

Les illustrations établies d'après la méthode employée dans l'Atlas de Jacobi (c. à d. d'après des moulages), répondront, nous en sommes convaincus, à toutes les exigences. L'Ikonographia dermatologica paraitra périodiquement en livraisons comprenant chacune huit planches et des pages de texte explicatif. Pour commencer, il paraitra deux livraisons par an.

Les éditeurs ont bien voulu fixer le prix aussi bas que possible afin de faciliter la diffusion de l'ouvrage parmi les praticiens.

Breslau et **Freiburg (Breisgau).**

Les Rédacteurs.

Tous les manuscrits et toutes les demandes seront à adresser à Mr. le Professeur E. Jacobi, Freiburg (Breisgau), Allemagne.

Preface.

It appears to us a matter of the greatest importance, as regards the development of Scientific Dermatology and the propagation of medical knowledge, which is yearly increasing, that those who are interested in the practice of Dermatology should not be compelled to depend solely on verbal descriptions, and more especially so in the case of new and rare diseases.

Good and life-like pictorial representations of these diseases are required, and we have accordingly arranged with a large number of distinguished medical men in every country, for the periodical publication of an illustrated work bearing on the subject, which will contain representations and descriptions of recent obscure and rare cases, especially „Cases for Diagnosis".

By this means we hope to arrive at an intelligent explanation of many scientific points now in dispute, and, in addition, to simplify and reform Nomenclature, which at present is a constant source of dispute and misunderstanding.

To secure this object, it seems expedient to us that all our contributors should have an opportunity of expressing their views; and, therefore, in each issue special columns will be reserved for comments on cases already published.

These remarks should be addressed to the Editor; but, owing to the limitation of space, they should be short and condensed, as not more than half a printed page can be devoted to the discussion of any individual case. As the illustrations will be produced by the process so successfully employed in „Jacobi's Atlas of Dermochromes", the results are certain to be as satisfactory as is possible.

This new work will form a series, each number of which will contain eight plates and the descriptive text, and, as at present arranged, we intend to publish two numbers in each year.

Breslau and **Freiburg (Breisgau).**

The Editors.

Please address all manuscripts and questions to: Professor E. Jacobi, Freiburg (Breisgau), Germany.

Un nouveau cas de gale norvégienne ou croûteuse.

Par Prof. T. De Amicis, Naples.

Tab. I, Fig. 1, 2.

Les premiers jours de l'année 1904, la Clinique que j'ai l'honneur de diriger reçut une petite fille de 13 ans, nommée Marie Masilici, née à Naples, atteinte d'une maladie cutanée.

Elle était rachitique et d'une constitution faible. Les os de ses membres inférieurs étaient très courbés, particulièrement les tibias, au point de lui permettre à peine de marcher, et l'on remarquait aussi un courbement considérable dans la région du sternum. La nutrition en général était grandement dépérie.

Le jour de sa réception, il fut impossible de rien savoir de la manière dont l'affection cutanée qu'elle présentait s'était développée: on sut seulement qu'elle durait depuis une année: la petite fille, n'ayant plus de mère, vivait d'aumônes; elle avait été conduite à l'hôpital par quelques personnes charitables.

Voilà quel était l'état de la peau: Toute la surface du corps, à commencer du cou jusqu'à l'extrémité des pieds, se présentait d'une vive couleur rouge, et cette érythrodermie diffuse était couverte de petites écailles blanchâtres qui se détachaient facilement, sans présenter de surface résiduelle hémorrhagique (tronc, régions scapulaires, abdomen). En quelques endroits, elles s'amassaient sous forme de taches blanchâtres relevées (rég. des fesses). En correspondance des coudes et des genoux, l'accumulation des écailles prenait l'aspect de croûtes blanchâtres, lesquelles atteignaient leur plus grand volume sur le tiers inférieur des avant-bras, sur le dos des mains et des doigts, et constituaient des croûtes blanco-grisâtres fortement relevées, à surface raboteuse et inégale, qui occupaient uniformément le dos des mains, tandis que sur la partie dorsale des doigts, elles étaient divisées par de profondes dépressions qui correspondaient aux articulations des phalanges et mesuraient plus d'un centimètre de haut. (Voir la fig.) Il n'était pas difficile de détacher ces croûtes, qui laissaient une surface rouge translucide, couverte de petites lamelles epidermoïdales blanchâtres.

Les croûtes entouraient les ongles, qui n'ayant pas été rognés depuis longtemps, étaient allongés comme de petites griffes.

Il n'y avait rien de spécial à observer dans la paume des mains, dans les espaces interdigitaux et dans les régions axillaires. La peau du visage ne participait pas des mêmes altérations et ne présentait ni rougeur ni desquamation.

La petite malade se plaignait d'une démangeaison moleste, et l'on observait une tuméfaction glandulaire diffuse dans les régions inguinales et latéro-cervicales; dans les régions épitroclaires on trouvait également un ganglion de chaque côté.

Ce n'était point chose facile que de déterminer la diagnose particulière de l'affection que présentait la malade. Il y avait sans aucun doute un état inflammatoire de la peau, mais à quelle espèce le rapporter?

L'hypérémie cutanée diffuse, la desquamation, le prurit pouvait imposer pour un eczéma squameux, mais la forme et la hauteur des croûtes dans les membres supérieurs ne correspondaient pas à cette idée. L'ensemble du tableau morbeux pouvait plutôt faire penser à une psoriasis rupioïde d'Anderson, et, en effet, la morphologie des lésions du dos des mains et des doigts était si ressemblante à celle d'un autre malade psoriasique, qui se trouvait en même temps dans la Clinique, qu'il était plus facile d'accepter cette diagnose que celle d'un eczéma squameux mais la diffusion uniforme de l'affection, qui ne laissait aucun point libre dans la surface cutanée, ainsi que le fait d'ordinaire une psoriasis d'origine récente, et le manque d'hémorragie subsécutive au détachement forcé de l'amas des écailles, et tout l'ensemble du tableau clinique nous faisaient douter de l'exactitude de cette diagnose.

La présence des nombreuses adénopathies ne pouvait nous imposer pour une syphilis, soit parce que tous les faits collatéraux manquaient, soit à cause du prurit remarquable qui tourmentait la malade.

Quelques notices recueillies nous firent penser à une origine parasitaire animale dans la forme morbeuse singulière que nous avions en observation. Nous fîmes l'examen microscopique des croûtes, lesquelles, dissoutes dans une solution de potasse caustique au 40°/₀, se trouvèrent être composées d'un amas de nombreux acarus (sarcoptes hominis) de diverses dimensions, grands et petits, mêlés à des larves, des ovules en différents états de développement, des excréments avec des exsudats et des éléments du stratus corné. La dermatose de notre malade était donc, sans aucun doute, due à une acariasis sarcoptique, et constituait une forme particulière de la gale croûteuse Norvégienne.

Les cas décrits de cette espèce d'acariasis ne présentent pas tous un tableau morphologique uniforme, de manière à pouvoir être reconnus à première vue; et c'est ce qui explique la grande difficulté qui se rencontre souvent dans la pratique pour en faire la diagnose. Il suffit de rappeler à ce propos que M. Besnier, l'éminent dermatologue de l'Hôpital Saint-Louis, dont la valeur clinique ne saurait être mise en doute par personne, rapporte — en parlant du cas de gale Norvégienne qu'il communiqua en 1892 à la Société de dermatologie et de syphilographie de Paris, dans lequel on remarquait aussi une érythrodermie avec croûte — que l'aspect que présentait la peau ne fit naître ni en lui ni en aucun de ses collègues, auxquels il montra le malade, l'idée que ce pût être une affection acarique.

Une fois déterminé la nature de la maladie de la petite fille, le traitement curatif en fut facile. Après avoir fait exécuter le moulage des mains, les croûtes furent ramollies au moyen d'un empaquetage huileux; puis tout l'amas squameux fut enlevé

de la peau par un bain chaud bien saponé; après quoi l'on pratiqua matin et soir le frottement avec la pomade suivante:

Axonge pur bien lavé, 100 grammes.

Fleur de soufre s. p. precip. et Baume péruvien ana, 25 grammes.

Huile de bergamote q: s: pour aromatiser. M. en un petit vase.

Après une semaine, la peau avait repris son état normal, et en continuant pour quelques jours encore un bain tiède à l'amidon, tout reste d'irritation cutanée fut complétement éliminé, et la petite malade put être renvoyée de la Clinique complétement guérie.





Urban & Schwarzenberg in Berlin u. Wien.

Ein Fall von sogenannter Acne urticata (Urticaria necroticans).

Aus der Dermatologischen Universitätsklinik in Breslau.

Von Dr. Julius Baum-Berlin.

Tab. II, Fig. 3.

Der Patient, ein 45jähriger Handschuhmacher, suchte am 7. Juli 1903 die Dermatologische Universitätsklinik in Breslau auf wegen einer Hautkrankheit, an welcher er seit drei Jahren leidet. Dieses Leiden begann nach Angabe des Patienten mit Jucken am Hodensack, er mußte sich hier furchtbar kratzen. Nach und nach bildeten sich Knötchen unter und in der Haut des Hodensackes, die so stark juckten, daß er sie mit den Nägeln direkt herauskratzen und herausreißen mußte. Wenn es durch das Kratzen stark zum Bluten kam, hörte das Jucken zeitweise auf. Nach und nach trat auch am Gesicht das Jucken auf, später an den Beinen. An den Armen merkte Patient zum ersten Male das Jucken und Knötchen vor einem Jahr. Im Gesicht traten im April 1903 auch einige Effloreszenzen unter heftigem Jucken auf, die aufgekratzt wurden, sich mit einem Schorf bedeckten und ohne Hinterlassung von Pigment abheilten.

Patient war vor zwei Jahren schon hier in poliklinischer Behandlung. Damals hatte er am Skrotum einen stark juckenden Ausschlag, bestehend aus über linsengroßen, zum Teil zerkratzten Papeln.

Status. Kräftiger Knochenbau, gedunsenes, aufgeschwemmtes Gesicht von bleicher Farbe, fettreiches Individuum. Leichte Bronchitis, Emphysem. Kurzatmigkeit. Geringer, aber deutlicher Exophthalmus, Stellwagsches Symptom. Leichter Tremor der Hände. Puls 84. Keine Arhythmie, auch sonst keine Zeichen von Basedow. Herz ohne Befund. Infolge des anhaltenden heftigen Juckens befindet sich Patient in hochgradig aufgeregtem Zustand.

Hautbefund. Befallen sind Streckseite der Vorderarme, Gesäß, Hoden und untere Extremitäten besonders an der Rückfläche, in geringerem Grade auch das Gesicht, vor allem an der Stirnhaargrenze von in Form, Farbe und Größe ganz verschiedenartigen Effloreszenzen; jedoch sind zwischen den verschiedenen Formen deutlich alle Übergänge zu erkennen, wodurch sie sich als der Intensität und Zeit nach verschiedene Stadien desselben ursprünglichen Exanthems dokumentieren. Und zwar bestehen die frischen Effloreszenzen, die jetzt besonders an den Unterarmen und im Gesicht vorhanden sind, aus etwa hirsekorngroßen Papelchen oder Quaddeln mit aufgekratzter Kuppe, ähnlich einem Insektenstich. In den weiteren Stadien nehmen die Effloreszenzen an Größe zu, zeigen stärkere Infiltration und deutliche follikulare Anordnung, besonders am Skrotum und an den Vorderarmen. Es entsteht ein stark erhabenes Knötchen, dessen Spitze von einem Haar durchbohrt ist. Aus diesem follikulären Knötchen entsteht eine eitrige Follikulitis auf derb infiltrierter Basis. Bei noch älteren Effloreszenzen, die lange Zeit mit den Nägeln bearbeitet sind, ist der follikuläre Charakter nicht mehr vorhanden. Es besteht ein umschriebenes, außerordentlich derbes Infiltrat von Erbsen- bis Pfenniggröße, dessen Zentrum einen mehr oder weniger tiefen Substanzverlust zeigt. Das Haar ist herausgeeitert oder herausgekratzt. Das Infiltrat ragt wenig über das Niveau der umgebenden Haut hervor; man fühlt jedoch deutlich, daß es sich in scharf umschriebener Form in die Tiefe erstreckt, unter der Haut liegt nach Art mancher Formen des Ulcus durum. Man kann in diesem Stadium mehr von einem subkutanen als von einem kutanen Knoten sprechen. In diesem Stadium jucken die Effloreszenzen noch sehr stark, werden immer noch zerkratzt.

In einem weiteren Stadium haben sich die Knötchen epithelisiert, das Infiltrat in der Haut ist jedoch noch sehr stark ausgeprägt. Die Effloreszenzen zeigen beginnende Braunfärbung. Diese sind in

unserem Fall besonders zahlreich in der Glutäalgegend und den angrenzenden Partien der Oberschenkel. Sie sind hier zum Teil nicht rund, sondern deutlich streifenförmig. Diese Streifen sind über das Niveau der umgebenden Haut nicht erhaben. Bei einigen dieser rundlichen oder streifenförmigen pigmentierten Effloreszenzen zeigen die obersten Schichten der Haut kein palpables Infiltrat mehr, während in der Tiefe ein solches deutlich fühlbar ist; man kann die oberen Schichten der Haut über den infiltrierten tieferen Partien fälteln. Die ältesten Effloreszenzen sind nicht mehr infiltriert, bestehen nur aus Pigmentflecken oder -streifen. Einige derselben zeigen im Zentrum eine blasse, etwas eingesunkene Narbe.

Der Verlauf der Krankheit ist, was die äußere Erscheinung der Effloreszenzen betrifft, durch die verschiedenen Entwicklungsformen, wie sie eben beschrieben wurden, zum Teil schon charakterisiert. Die Einzeleffloreszenz beginnt in Form eines umschriebenen hirsekorngroßen Knötchens. Der Patient fühlt plötzlich an einer umschriebenen Stelle ein Jucken, das so intensiv ist, daß er unwiderstehlich kratzen muß. Er fühlt dabei an der juckenden Stelle ein Knötchen, das er mit den Nägeln so lange bearbeitet, bis es aufgekratzt oder direkt herausgekratzt ist. Die Effloreszenz bedeckt sich dann mit einer Blutkruste und eine Zeit lang läßt das Jucken an dieser Stelle nach, während vielleicht das Jucken und die Effloreszenzen an anderen Stellen auftreten. Trotz einer langen klinischen Beobachtungszeit und der Aufforderung an den Patienten, uns eben entstehende Effloreszenzen zu zeigen, waren nicht aufgekratzte und unveränderte Effloreszenzen nie zu sehen. Die frischesten Effloreszenzen gleichen ganz einer etwas zerkratzten Quaddel, ähnlich einem Insektenstich.

Die einzelnen Effloreszenzen durchlaufen durchaus nicht alle Stadien, wie oben geschildert. In jedem der beschriebenen Stadien kann eine Involution eintreten. Die frisch entstandenen papulösen Effloreszenzen können nach mehrtägigem Bestand spurlos abheilen, ohne daß also ein deutliches Infiltrat oder eine Narbe oder Pigmentierung erscheint, besonders ist dies bei dem Patienten im Gesicht das Gewöhnliche.

Was den Verlauf der Affektion während eines fünfwöchentlichen Aufenthaltes des Patienten in der Klinik betrifft, so ließ sich eine endgültige Heilung nicht erzielen. Der Patient konnte anfangs vor Jucken nachts nicht einschlafen und bekam deshalb in der ersten Zeit Narkotika. Er wurde einer energischen Arsenkur unterworfen, wurde mit den verschiedensten Salben, Pasten und Trockenpinselungen und täglichen protrahierten warmen Bädern behandelt. Zeitweise ließ das Jucken nach, die Effloreszenzen traten spärlicher auf, der Schlaf wurde besser. Schließlich war in den letzten Tagen des klinischen Aufenthaltes eine bedeutende Besserung des Allgemeinbefindens aufgetreten, es kamen keine frischen Effloreszenzen mehr und die vorhandenen heilten ab; der Patient wurde aus der Klinik entlassen zur weiteren poliklinischen Beobachtung und Fortsetzung der Arsenkur. Aber bald stellten sich wieder Rezidive ein.

Es handelt sich hier um einen Fall einer Affektion, die zuerst von Kaposi als Morbus sui generis unter dem Namen Acne urticata beschrieben worden ist. Die Zahl der bisher beschriebenen Fälle ist gering. Kaposi beschrieb drei Fälle, Touton zwei, Löwenbach einen, ich selbst habe außer diesem Patienten zwei weitere Fälle in der Breslauer Dermatologischen Klinik beobachtet. Auch hatte ich Gelegenheit, einen weiteren Fall in der Sitzung der Berliner Dermatologischen Gesellschaft vom 5. Januar 1904 zu demonstrieren. Die geringe Zahl der bisher beschriebenen Fälle gestattet aber nach meiner Ansicht durchaus keinen Rückschluß auf die Häufigkeit der Affektion, wenn auch die ganz schweren Fälle, wie der oben beschriebene, selten sein mögen.

Die Acne urticata ist klinisch charakterisiert durch den äußerst chronischen, sich auf Jahre erstreckenden Verlauf, den heftigen Juckreiz der Effloreszenzen und die Unwirksamkeit jeglicher Therapie, nach Angabe der Autoren. Sie befällt vor allem das Gesicht und die Streckseiten der Extremitäten. Wegen des Befallenseins der Follikel gab Kaposi der Affektion den Namen. Der Name ist sicherlich schlecht gewählt, weil sich die Affektion mit dem, was wir unter Akne verstehen, nicht deckt. Abgesehen davon, daß für den Begriff der Akne ein bestimmtes klinisches Bild zu reservieren ist, gehört dazu als Wesentliches eine bestimmte Form von Effloreszenzen.

Bei der Akne handelt es sich primär um eine Follikulitis und Perifollikulitis, während der Krankheitsprozeß der Acne urticata zunächst gar nicht mit den Haarfollikeln in Beziehung steht. Löwenbach hatte Gelegenheit, eine frische Effloreszenz mikroskopisch zu untersuchen. Er fand in den periphersten Teilen der Effloreszenz ein einfaches, in den weniger peripheren ein entzündliches und dabei quantitativ enormes Ödem der Cutis, welches im Papillarkörper bis zur Ansammlung freier Flüssigkeit in den Papillenspitzen führt. Es kommt zur Bildung kleinster subepidermoidaler Bläschen. Das Zentrum der Effloreszenz ist nekrotisch. Löwenbach glaubt, daß es sich um eine echte Koagulationsnekrose, eine Art croupöser Entzündung handle, welche die Ursache der Narbenbildung ist, eine Restitutio ad integrum sei nicht möglich, da Papillarkörper und Epidermis zerstört sind und bleiben. In der Mitte der Effloreszenz die nekrotische Masse durchsetzend, findet sich der Ausführungsgang einer Talgdrüse, die von einer intensiven Infiltration umgeben ist.

Ich habe verschiedene Effloreszenzen in den verschiedenen Stadien exzidiert und kann großenteils Löwenbachs Untersuchungen bestätigen. Die frischeste Effloreszenz aus dem Unterarm exzidiert, zeigt ähnlich dem Befund Löwenbachs starkes Ödem, sowohl der Epidermis wie des Coriums. Die Zellen des Rete Malpighi sind teilweise durch das seröse Exsudat auseinandergerissen. Im Corium, unterhalb des Epithels, sind die Bindegewebsbündel gleichfalls stellenweise auseinandergedrängt, so daß es zu dem Bilde kommt, das Löwenbach als subepidermoidale Blasenbildung bezeichnet hat. Alle Lymphspalten sind stark erweitert. Am charakteristischesten aber ist die oberflächliche, flächenhafte Nekrose im Zentrum der Effloreszenz, ungefähr dem Rete Malpighi entsprechend. Das Rete Malpighi ist im Zentrum der Effloreszenz vollständig verschwunden, während das Stratum corneum teilweise darüber noch erhalten ist. An Stelle der Epithelschicht findet sich eine leukozytäre Infiltration. Diese erstreckt sich noch weiter zwischen die noch erhaltenen Epithelzellen des Rete Malpighi, die an die nekrotische Zone stoßen. Neben den polynukleären Zellen fällt der Reichtum an Mastzellen im Exsudat auf. Der Follikelapparat ist an dem ganzen pathologischen Prozeß ganz unbeteiligt. Die Follikel sind, soweit sie in den Präparaten sichtbar sind, anscheinend normal.

Diese Effloreszenz beweist, daß wir es mit einer nekrotisierenden Form der Urtikaria zu tun haben. Primär hat diese Affektion mit dem Follikelapparat überhaupt nichts zu tun.

Bei einer älteren Effloreszenz aus dem Skrotum, die makroskopisch schon einen follikulären Charakter hatte, besteht auch der mikroskopische Befund wesentlich in einer Follikulitis und Perifollikulitis. Der Follikelausführungsgang ist stark erweitert und mit polynukleären Leukozyten gefüllt, um den Follikel herum eine starke leukozytäre Infiltration, die reichlich eosinophile Zellen enthält. Die Infiltration erstreckt sich über den Follikel hinaus ziemlich weit in die Tiefe.

Bei einer noch älteren Skrotaleffloreszenz in Form eines 1 *cm* in die Tiefe reichenden derben Knotens, der zum Teile oberflächlich Heilungstendenz zeigte, war der Befund folgender: Die Epithelleisten waren stark verlängert und verbreitert, die Papillen gleichfalls verbreitert; in der Papillarschicht starke Pigmentierung. Auf der Spitze der Effloreszenz fehlt die Epidermis und die Hornschicht, den Übergang in die normale Hornschicht bildet eine parakeratotische Zone. Das Zentrum ist gebildet durch ein Ulkus, dessen Eiter spärlich eosinophile, meist polynukleäre Zellen enthält. Das Granulationsgewebe des Ulkus besteht großenteils, stellenweise ausschließlich, aus auffallend großen, geschwänzten Zellen mit großem bläschenförmigem Kern. Um die Gefäße herum sind hauptsächlich polynukleäre Zellen eingelagert. Ganz besonders auffallend sind große Infiltrationszüge, die fast nur aus dicht gedrängt stehenden eosinophilen Zellen bestehen. Diese Züge gehen den Gefäßen entlang in die Tiefe. Die Blut-

gefäße sind stark erweitert, ebenso die Lymphräume. Das elastische Gewebe fehlt an den Stellen der polynukleären Infiltration vollständig. Mastzellen finden sich besonders häufig zusammen mit den großen geschwänzten Kernen. In der Tiefe, besonders da, wo die dicken eosinophilen Infiltrate sind, sind die Mastzellen spärlich. In der weiteren Umgebung des Ulkus stärkere Pigmentanhäufung, während in der nächsten Umgebung kein Pigment vorhanden.

Bei einer vierten Effloreszenz aus dem Arm, die fast abgeheilt war und etwas erhaben, infiltriert und pigmentiert erschien, besteht im wesentlichen nur eine Verlängerung und Verbreiterung der Epithelleisten und eine parakeratotische Wucherung der Hornschicht.

Aus dem mikroskopischen Befund, besonders der frischen Effloreszenz, geht hervor, daß wir es bei unserer Krankheit nicht mit einem akneartigen Prozeß zu tun haben, sondern mit einem urtikariellen, der sekundär sich häufig um den Follikelapparat lokalisiert, dem mit größerem Recht der Name Urticaria papulosa necroticans, wie ihn Touton vorschlägt, zu geben ist. Wälsch schließt sich der Ansicht Toutons an und möchte die Affektion Urticaria papulosa necroticans recidiva benennen.

Es fragt sich, ob wir überhaupt das Recht haben, diese Krankheit als eine Krankheit sui generis zu bezeichnen. Ich glaube, ja; der nekrotische Charakter der primären Effloreszenz ist etwas von dem gewöhnlichen Typus der Urtikaria Abweichendes und Charakteristisches. Auch hinsichtlich des klinischen Verlaufes ist die Chronizität und die Intensität des Juckreizes charakteristisch.

Die Intensität des Juckreizes ist wohl maßgebend für die Schwere des Krankheitsbildes und vielleicht auch für die Entwicklung der Einzeleffloreszenz. Wie schon in der Krankengeschichte erwähnt, macht nicht jede Effloreszenz den ganzen Entwicklungsgang durch, den einzelne nehmen. Welche Ursachen maßgebend sind, daß die eine Effloreszenz nach kurzem Bestand verschwindet, die andere jedoch immer wieder aufgekratzt wird und die späteren Formen annimmt, läßt sich nicht sagen. Möglicherweise ist das durch den Juckreiz ausgelöste Kratzen die Ursache, wahrscheinlicher vielleicht jedoch, daß die primäre Ursache, die den nekrotisch urtikariellen Prozeß veranlaßt, sich in der Effloreszenz wiederholt, analog der Urticaria pigmentosa. Möglicherweise spielen beide Momente zusammen.

Der Name Acne urticata ist aber jedenfalls für diese Affektion unglücklich gewählt, die keine Akne, sondern eine nekrotisierende Form der Urtikaria ist, die wir daher auch am besten Urticaria necroticans bezeichnen.

Bezüglich der Ätiologie der Affektion wissen wir nur, daß gewisse konstitutionelle Störungen des Körpers, besonders von Seiten des Intestinaltraktus oder bei den Frauen des Genitalapparates von Bedeutung zu sein scheinen. In einem typischen Fall, der in der Breslauer Dermatologischen Poliklinik in Beobachtung war, machte Patientin die bestimmte Beobachtung, daß der Zustand von der Wahl der Speisen abhängig war. Wenn Patientin stark gesalzene und sauere Speisen vermied, war ihr Zustand bedeutend besser. Jedesmal, wenn sie in dieser Hinsicht Diätfehler machte, verschlimmerte sich ihr Zustand. In dem von mir in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft vorgestellten Fall war die Affektion mit einer chronischen parenchymatösen Nephritis kompliziert. Und es war zu beobachten, daß mit der Verschlimmerung des Nierenleidens eine Exazerbation der Hautaffektion einherging.

Ein Fall von sogenannter Urticaria perstans.

Aus der Dermatologischen Universitätsklinik in Breslau.

Von Dr. Julius Baum-Berlin.

Tab. II, Fig. 4.

H. P., 46jähriger Steueraufseher, suchte am 2. November 1901 die Klinik auf.

Sein jetziges Hautleiden begann vor vier Monaten mit starkem Jucken an der Innenfläche des linken Oberschenkels und Knies, bald darauf am rechten Bein. Es entstanden kleine rote Blüten, welche brannten und schmerzten. Das ganze Bein war entzündet. Der Arzt behandelte ihn auf Krätze 14 Tage lang mit einer scharfen Salbe. Es wurde dadurch nicht besser. Dann hat Patient nur die Hand gut eingefettet und die Entzündung verlor sich. Das Jucken hörte jedoch nicht auf. Es traten Knötchen auf, die stark brannten, wie Nesseln; anfangs dauerten diese Knötchen nur einige Tage und verschwanden wieder. Wenn er ins Warme kam, hielt er es nicht aus. Jetzt ist es umgekehrt: es juckt, wenn er ins Kühle kommt. Wenn er sich gut einfettete, war es besser mit dem Jucken. Die Knötchen, die jetzt vorhanden sind, begannen schon während der Entzündung, einzelne mit starken Schmerzen, zuerst an der Innenfläche beider Beine, später am Arm. Nach und nach sind immer mehr Knötchen entstanden. Die Knötchen halten sich sehr lang und bestehen nach Angabe des Patienten gewöhnlich 14 Tage bis drei Wochen. Die kleinen Knötchen sehen erst rot aus, dann bildet sich eine Haut darüber, die man abkratzen kann; darunter ist ein roter Buckel. Acht Tage vor dem Eintritt des Patienten in die Klinik waren die meisten Knötchen weg, kamen jedoch ebenso zahlreich wieder.

Seit Anfang Oktober hat Patient Schluckbeschwerden. Wenn er derbe Speisen ißt, drückt es; die Speisen wollen nicht hinunter. Es wurde immer schlimmer, so daß er feste Speisen schließlich nicht mehr essen konnte, wenn er sie nicht besonders gut kaute. Auch dann gingen die Speisen nur allmählich hinunter.

Status. Patient ist ein großer, ziemlich kräftig gebauter Mann.

Die Ösophagoskopie ergibt: 36 *cm* hinter den Zähnen ein ringförmiger, stenosierender, leicht blutender, unregelmäßig geformter Tumor des Ösophagus. Ein Drittel des Lumens noch erhalten. Diagnose: Carcinoma oesophagi. Sonst innere Organe ohne Befund.

Hautbefund. Über den ganzen Körper zerstreut, erheben sich aus annähernd normaler Haut Knötchen, Patient zählte 309 im ganzen zur Zeit der Aufnahme. Nur Handteller, Fußsohle, behaarter Kopf und Rücken sind verschont geblieben. Am zahlreichsten sind sie an der Innenfläche der Oberschenkel und der vorderen Halsgegend, auch am Penis sehr reichlich. Die Knoten ragen über das Niveau der umgebenden Haut stark hervor, sie sind teils rund, teils länglich, von Stecknadelkopf- bis etwas über Erbsengröße. Auch die kleinen sind rundlich, nicht polygonal. Die älteren Knötchen

zeigen oberflächlich, zuerst im Zentrum, dann auch bis zur Peripherie dünne Schuppen, die sich schwer abkratzen lassen. Die Spitze vieler Knoten ist zerkratzt und trägt einen Blutschorf. Die Knoten sind nicht scharf abgegrenzt gegen die Umgebung, sondern fallen allmählich ab, besonders die alten sind stark abgeflacht, gehen ganz allmählich in die Umgebung über. Die jungen kleinen Knötchen sind leicht rosarot, die größeren blasser, schmutzig graubraun. Die Knötchen sind derb; die jüngeren sind zum Teil wegdrückbar, die länger bestehenden nicht. Die nicht mit Schüppchen bedeckten fühlen sich beim Darüberstreichen glatt an, die anderen rauh. Sie liegen in der Haut, lassen sich mit derselben leicht verschieben; die Haut über den Effloreszenzen läßt sich nicht fälteln, sie sind auf Druck nicht schmerzhaft. Die jüngeren Knötchen zeigen einen leichten Glanz; wenn man die obersten Epithellagen abkratzt, bleibt ein Teil der Schüppchen zurück; kratzt man auch diese ab, so tritt die stark glänzende rote Papel zu Tage, ohne daß es blutet oder näßt.

Die Knoten zeigen keine bestimmte Gruppierung, sind unregelmäßig verteilt; manchmal berühren sich zwei. Die Haut zeigt keinerlei Reizphänomene.

An den Unterarmen und Schenkeln braunrote Stellen an Stelle früherer Knötchen. Kratzeffekte nur auf Knötchen.

Die Crural-, Inguinal-, Cubital- und Axillardrüsen vergrößert und derb. Die rechte Cruraldrüse taubeneigroß. Urin frei von Eiweiß und Zucker, reichlich Indikan.

Die subjektiven Beschwerden bestehen, abgesehen von den Beschwerden von Seite des Ösophagus, in starkem Jucken.

Die Dauer der einzelnen Effloreszenz ist verschieden; einige existieren nach Angabe des Patienten von Anfang an, andere sind nach vier Wochen verschwunden. An manchen Stellen Abheilung mit schwacher Pigmentierung, an anderen ohne Pigmentierung.

Die Hautaffektion ließ sich während des siebenwöchentlichen Aufenthaltes in der Klinik wenig beeinflussen, weder durch interne noch durch externe Behandlung. Das Exanthem im Gesicht heilte spurlos ab; an den Beinen und den übrigen Stellen teils Heilung unter Pigmenthinterlassung, teils Fortbestand der Knoten. Patient magerte immer mehr ab und starb drei Wochen nach dem Austritt aus der Klinik an Inanition. Infolge der Stenose des Ösophagus konnte er nichts mehr essen. Der Ausschlag soll vor seinem Tode ganz verschwunden gewesen sein.

Die mikroskopische Untersuchung einer exzidierten Papel, die im Höchststadium der Entwicklung stand, ergab einen Befund, der dem von Kreibich erhobenen ziemlich entspricht.

Über dem Zentrum der Papel ist das Stratum corneum parakeratotisch verändert, und zwar ist diese parakeratotische Schicht etwa doppelt so dick wie das Stratum corneum der angrenzenden gesunden Haut. Die Keratohyalinschicht fehlt. Von der Mitte nach den Seiten der Papel nehmen allmählich die Kerne in dem Stratum corneum ab und gleichzeitig treten an der Grenze zwischen verhornter und nicht verhornter Schicht allmählich die keratohyalinen Körnchen um die Kerne der Zellen auf. Diese keratohyaline Schicht nimmt weiter nach der Peripherie an Breite stark zu und wird zwei- bis dreimal so breit als die der normalen Umgebung, um allmählich in die normale Umgebung überzugehen. An den Schweißdrüsenausführungsgängen dringt sie im Zentrum der Effloreszenz weit in die Tiefe. Die Epithelzellenschicht zeigte morphologisch keine bedeutenden Veränderungen, keine Erweiterung der interspinalen Räume, kein Zeichen von Ödem. Die interpapillaren Zapfen derselben sind um das Dreifache vergrößert und verdickt. Auch die Papillen sind in die Länge gezogen. In den Basalzellen ist wenig oder kein Pigment. In den Papillen in der Mitte der Effloreszenz ist das Pigment spärlich, nach der Umgebung sind die Pigmentzellen um die Kapillargefäße herum vermehrt. Die auffälligsten Veränderungen im mikroskopischen Bild finden sich in der Cutis und ganz besonders in der Subcutis, und zwar sind im Bereich der Papel mächtige Infiltrationsherde. Die zellige Infiltration ist nicht gleichmäßig über die verschiedenen Schichten des Coriums verteilt, sondern in dichten Herden angeordnet, besonders um die Knäuel und Ausführungsgänge der Schweißdrüsen. Sie ist an manchen Schnitten um die Schweißdrüsenknäuel so dicht, daß von den Zellen der letzteren kaum etwas zu sehen ist. Der Zusammenhang der Infiltration mit den Schweißdrüsen ist aber nur ein scheinbarer. Bei Immersionsvergrößerung ist selbst die Tunica propria der Schweißdrüsen sichtbar und zeigt wenig Veränderung. Die Infiltrationsherde folgen der Gefäßverästelung und infolge der guten Gefäßversorgung der Schweißdrüsen sind diese besonders in Infiltrate eingepackt. Alle sichtbaren Gefäße im Bereich der Papel sind von einem dichten Zellmantel umgeben. Die Zellen-

konglomerate steigen den Gefäßen entlang in dichten Streifen nach der Tiefe und nach der Oberfläche. Entsprechend dem Gefäßnetz bildet die Infiltration an der Grenze zwischen Cutis und subkutanem Gewebe eine breite, der Oberfläche parallele Schicht.

Blut- und Lymphkapillaren sind stark erweitert. Morphologisch besteht die zellige Infiltration großenteils aus Plasmazellen, teilweise kann man direkt von einem Plasmazelleninfiltrat sprechen; an anderen Stellen sind sie spärlicher und dann gewöhnlich in direkter Nähe der Blutgefäße, um die herum sie fast immer in großer Zahl zu finden sind. In der unmittelbaren Umgebung der Gefäße sind auch häufig Mastzellen. Die elastischen Fasern sind auseinandergedrängt; sie erscheinen nicht in dicken Bündeln, sondern in dünne Fäden aufgelöst. Dies ist nicht nur an den Stellen, wo das Gewebe durch eingelagerte Zellen infiltriert ist und infolgedessen das Gewebe auseinandergedrängt ist, sondern auch an Herden, wo sich keine Infiltrationen finden, d. h. an Stellen zwischen den letzteren ist das elastische Gewebe in dieser Weise verändert. Speziell in den obersten Schichten des Coriums; hier scheinen die elastischen Fasern bei schwacher Vergrößerung stellenweise ganz zu fehlen. Bei starker Vergrößerung sieht man jedoch einzelne Fäden, die Orcein, allerdings weniger intensiv, angenommen haben.

Erwähnt sei noch, daß in den Schweißdrüsen, und um diese, kurze Stäbchen mit Polfärbung zu beobachten sind.

Eine Effloreszenz, die von einem anderen Patienten, der die gleiche Affektion hatte, exzidiert und untersucht wurde, bot denselben Befund, abgesehen von dem mangelnden Bakterienbefund. Ob der Bakterienbefund irgend welche Bedeutung hat, möchte ich dahingestellt sein lassen. Ich habe den mikroskopischen Befund etwas ausführlich geschildert, weil er für unsere Anschauung von dem Wesen der Affektion von Bedeutung ist.

Das eben geschilderte Krankheitsbild der Urticaria perstans wurde zuerst von J. F. Pick (Prager Zeitschrift für Heilkunde, 1881) an der Hand von drei Fällen beschrieben. Ein weiterer Fall wurde von Fabry (Archiv für Dermatologie, Band 34) mitgeteilt, drei Fälle von Kreibich (Archiv für Dermatologie, Band 48); von diesen wurde einer von Kaposi in der Wiener Dermatologischen Gesellschaft (23. Februar 1898) demonstriert. Pospelow demonstrierte einen Fall in der Venerologisch-Dermatologischen Versammlung zu Moskau (1./14. März 1902). Walter Pick beschreibt einen solchen im Neisserschen stereoskopisch-medizinischen Atlas. Auch je ein Fall von Johnston (Journal of. cut. and gen. urinary diseases, 1899) und Tielemann (Bullet. med. and surg., 1900) scheinen hieher zu gehören, vielleicht auch ein Fall von Corlett (Journal of cut. and gen. urinary diseases, 1896), während ein von Goljachowsky (Russische Zeitschrift der Dermatologie und venerischen Krankheiten, 1903, Band 5) unter dem Namen Urticaria perstans beschriebener Fall hier nicht einzureihen ist. Bieringer (Therapeutische Monatshefte, 1903) erwähnt von einem Fall, der nicht weiter beschrieben wird, daß er durch Atoxyl nicht beeinflußt worden ist. Außer dem obigen Fall habe ich in der Breslauer Dermatologischen Klinik noch einen gleichen Fall beobachtet bei einem 65jährigen Schiffer K. Z., bei dem die Krankheit seit drei Jahren bestand und nur an den Extremitäten lokalisiert war. Nach vierwöchentlicher klinischer Behandlung wurde er subjektiv nahezu geheilt, d. h. ohne Jucken entlassen. Die Knötchen waren flach und weicher geworden, die kleinsten ganz verschwunden, besonders infolge der Einreibung mit 5% Chrysarobinvaseline.

Bezüglich der Differentialdiagnose der Urticaria perstans kann eigentlich nur Lichen ruber in Frage kommen. Wenn auch die ausgebildete Effloreszenz makroskopisch eine gewisse Ähnlichkeit mit Lichen ruber planus hat, so unterscheidet sie sich in allen anderen Punkten ganz wesentlich. Niemals beobachtet man polygonale oder gedellte Knötchen als Primäreffloreszenz. Mikroskopisch finden sich bei Lichen

ruber die hauptsächlichsten Veränderungen in den obersten Schichten des Coriums, hier gerade in den tieferen Schichten.

Aus klinischen Gründen sind wir gezwungen, die Affektion mit der Urtikaria in Beziehung zu bringen. In unserem Falle ging dem Auftreten der eigentlichen persistierenden Effloreszenzen nach der Schilderung des Patienten anscheinend ein urtikarieller Zustand voraus, wir selbst haben allerdings richtige Urtikariaquaddeln nicht beobachtet. Kreibich konnte in einem seiner Fälle lebhaft rote, quaddelartige Effloreszenzen konstatieren. Ebenso beobachtete J. F. Pick, der diese Affektion zuerst beschrieben hat, typische Quaddeln, die in die persistierende Form der Knoten übergingen.

Die frischesten Effloreszenzen, die wir bei dem Patienten sahen, haben einen durchaus urtikariellen Charakter. Stecknadelkopfgroß und darüber gleichen sie Prurigoeffloreszenzen oder Insektenstichen; sie sind wegdrückbar und dokumentieren hiedurch, worauf Kaposi schon hingewiesen hat, ihren ödematösen Charakter.

Demgegenüber fehlen der ausgebildeten Effloreszenz kurz gesagt alle Kriterien, die wir von einem urtikariellen Prozeß im mikroskopischen Bild verlangen. Es besteht vor allem kein Ödem. Nirgends sind die größeren Lymphspalten als breite, endothelbelegte, Fibrin enthaltende Kanäle zu sehen. An Stelle des serösen Exsudates findet sich eine starke zelluläre Exsudation.

Aus den eben angeführten Gründen kann Neisser die Berechtigung, diese Affektion Urtikaria zu taufen, nicht zugeben und möchte sie eher für lichenruberartig halten.

Der mikroskopische Befund unterscheidet sich hiedurch auch wesentlich von einem urtikariellen Prozeß, der, was die makroskopische Form der Effloreszenzen betrifft, ihm ziemlich ähnlich ist, nämlich vom Insektenstich. Ich hatte Gelegenheit, bei einem jungen Schwein einen Insektenstich mikroskopisch zu untersuchen. Makroskopisch glich derselbe einer Urticaria perstans-Effloreszenz, mikroskopisch besteht eine geringe Infiltration, zumeist direkt um die Gefäße. Neben polynukleären Zellen finden sich sehr reichlich eosinophile und auch Mastzellen, Plasmazellen fehlen. Das Rete Malpighi ist ödematös, die Zellen derselben sind rund und gequollen.

Entspricht die ausgebildete Effloreszenz mikroskopisch nicht unseren Begriffen von urtikariellen Prozessen, so auch nicht klinisch. Für den Begriff der Urtikaria ist im allgemeinen die Flüchtigkeit der Einzeleffloreszenz und die schnelle Restitutio ad integrum der Stelle, an welcher eine Quaddel gesessen hat, typisch. Dies trifft alles für die sogenannte Urticaria perstans nicht zu.

Eine Analogie haben wir allerdings in der Urticaria pigmentosa: Auch hier geht aus einem typischen urtikariellen Prozeß eine bleibende Hautveränderung hervor, die sich makroskopisch durch Pigmentierung, mikroskopisch durch starke Anhäufung von Mastzellen charakterisiert.

Wenn wir auch vorläufig nicht die Ursache wissen, warum gerade bei der Urticaria pigmentosa diese Zellenanhäufung eintritt, so ist doch ein Zusammenhang dieser Erscheinung mit dem urtikariellen Prozeß sicher. Auch hier ist in den alten Effloreszenzen mikroskopisch und makroskopisch kein Zeichen des urtikariellen Charakters

vorhanden. Ganz ähnlich verhält es sich nach meiner Ansicht mit den Effloreszenzen der Urticaria perstans. Und so gut wir vorläufig für die Urticaria pigmentosa den Namen Urticaria beibehalten, dürfen wir auch für unsere Affektion den zuerst von Pick gewählten Namen, der die Pathogenese der Effloreszenzen charakterisiert, beibehalten. Vielleicht ist die Tatsache, daß diese Affektion zur Urtikaria in Beziehung steht, geeignet, unsere Anschauung über den pathologisch-anatomischen Prozeß bei der Urtikaria zu beeinflussen.

Die Prognose der Urticaria perstans ist bezüglich der Heilung dubiös. Die Krankheit dauert häufig trotz aller Behandlung viele Jahre. Ein Fall von Kreibich heilte unter Arsen, es trat jedoch nach zwei Monaten ein Rezidiv ein, welches wieder unter Arsen heilte. In den übrigen Fällen war die Therapie meist machtlos.



3.
Acne urticata.

JULIUS BAUM



4.
Urticaria perstans.

Urban & Schwarzenberg in Berlin u. Wien.

Varus nodulosus.

By H. G. Brooke, Manchester.

Tab. III, Fig. 5.

The disease which is depicted in the figure I have ventured to designate by the name of Varus*) nodulosus on account of its superficially acneiform appearance, and the uniformly nodular form of its macroscopic lesions. It must be of rare occurrence, for since I noticed my first case 15 years ago I have only been able to find four cases in my own large outpatient department, and one case was seen in that of my colleague. One further case I saw a few years since in the Dermatological Society of London. Two cases shown by Colcott-Fox (1894) and Galloway (1902) at the same Society are mentioned by Pringle, who has published an account of another case, with a coloured plate and microscopic section, in the British Journal of Dermatology, February 1903. He termed it „A new form of Seborrhöide", the disease in his patient have been associated with an acne rosacea.

Photographs and sections of all the six cases which have come under my observation here show that the characteristic features of the disease are distinct and typical. The area affected comprises the face, ears and contiguous parts of the neck, no lesions having been found in any case outside this region. The eruption begins symmetrically over the whole of the area, papules appearing by degrees in enormous numbers. Most are hardly visible, only comparatively few become sufficiently prominent to form typical nodules. In a very early case they were noticed to spring up from erythematous patches on the face, very much after the manner of a syphilide. After a few weeks the process seems to cease, and we have then the condition represented in the figure. In this state they may remain for years if untreated, though it seems possible for a gradual involution to take place spontaneously. The nodules are more or less hemispherical, and about 2–4 *mm* in diameter. Some are only faintly coloured, such as those on the ear, but on the more vascular parts of the face the colour is better marked.

At first it is red, but soon acquires a more yellowish or brownish tinge, which caused me to think that my first case might be one of acneiform lupus. The advanced nodules take on a semitranslucent, gelatinous aspect, and if pressed with a glass slide show a yellow stain. Some of them at this stage develope teleiangeiectases, but the condition is not present in all cases. Owing apparently to the stretching of the epidermis over the translucent base, and the consequent reflection of light from the surface, some nodules look as if they contained clear fluid, or even sero-pus; no fluid, however, can be obtained by pressure, even after incision, and they never suppurate, except accidentally. They may desquamate slightly, and when they disap-

*) Varus – a blotchy, acneiform eruption of the face (Celsus).

pear the larger ones leave a slight depression, with a little temporary pigmentation. They have no necessary connection with the follicles; they may indeed be found situated between the large hair follicles on the chin and cheeks.

The region which is always most densely crowded with the nodules is the cheek where it joins the side of the nose and the upper lip. The middle line of the nose is not much attacked, but from its upper sides bands of nodules pass upwards and, sweeping over the eyebrows, cover the forehead, more particularly the lower half. With the partial exception of the lower orbital region the rest of the face may be scattered all over with lesions, the number diminishing rapidly towards the scalp and neck. They cease entirely at the edge of the hairy scalp, and do not extend below the trachea; they are present, sometimes in considerable numbers, all over the ears, but especially in the lobule and on the edge of the pinna. A few are scattered over the post-auricular and mastoid area, and on the sides of the neck, but they have not been met with in any case behind the anterior border of the sterno-mastoid muscle. No comparison has as yet been made in fresh cases between the development and distribution of the lesions in the male and female, the female patients having all suffered from the disease for two or more years before they were first examined.

The pathological changes appear to be limited to the blood vessels and surrounding connective tissue. The whole of the blood vascular supply of the affected skin seems to be affected, and more especially those parts which form a rete round the hair follicles and sweat ducts. The vessels are surrounded with cellular exudation, and foci of new cells form and grow to a relatively large size. The most common site of these foci is the outside of the hair sheath near the sebaceous glands; in figure 2 such new growths can be seen in horizontal section, pushing aside the connective tissue which surrounds them like a girdle. In the early stages the cell heaps may originate in the papillary body, where they look like lenses in transverse section. The cellular mass is composed of mononuclear and polynuclear leucocytes, connective tissue cells which proliferate freely, and many giant cells. Dr. Unna, who examined some of the preparations with me, remarked on the great resemblance of these cell masses to those of tuberculosis. This betokens that the character of the growth is not especially distinctive; it is not microbic, at least, like Graham Little who examined Pringle's case, I failed to find any microbes after careful examination. As the nodes increase the collagenous bundles are destroyed or absorbed, the elastin ceases to stain, and the neighbouring nodes coalesce to form faintly lobulated masses surrounded by a pseudo-capsule of eroding connective tissue. This is the brownish, almost lupus-like nodule referred to in the clinical description, and a my omatous change which often takes place in the centre of the larger nodules probably explains the illusory appearance of a vesicle. The re-absorption of such small cell masses would necessarily produce slight pitted scars.

The symmetrical distribution and the nature of the pathological changes would suggest a toxin or toxic agent as the cause of the outbreak, though an examination of the medical histories and the occupations of the patients threw no light on this hypothesis. Of nine undoubted cases three were women, two almost middle-aged; the rest were all from 20—30 years of age, one man a little older. Almost all were of the Hospital class, but otherwise healthy and fit to work. I could

find no community of physical conditions or occupations which gave any indication of a possible cause.

The disease gave rise to no unpleasant symptoms of any kind, and only on account of the gross disfigurement which it occasioned, and the fears and criticisms which it excited among their neighbours and fellow workmen were the patients compelled to seek for medical relief.

The diagnosis presents no difficulty, except perhaps in the earliest stages. Any danger of confusion with other conditions is soon removed by the development of the special characteristics of the lesions—their uniformly nodular or hemispherical shape and narrow limitations of size, their multiplicity, discreteness, symmetrical distribution, progressive variation in tint from normal skin colour through red to reddish brown, absence of vesiculation and suppuration, and freedom from all subjective symptoms. The simultaneous appearance of the nodules around the nose, on the ears, and on the eyelids or eyebrows, is also very distinctive.

The treatment is easy and successful. Usually sulphur and resorcin applications have sufficed, or even sulphur alone, to effect a complete removal within a very few weeks. In one case which proved resistent the X rays seemed rather to aggravate; a touch or even a scorch with a Paquelin cautery soon caused the obstinate papules to break down and absorb. It is probable that when once the absorption begins it goes on rapidly, even in cases of long standing.



5.
H. G. BROOKE
Varus nodulosus.

Urban & Schwarzenberg in Berlin u. Wien.

Blastomycosis cutis chronica.

Ein Fall chronischer Hautblastomykose.

Von Professor E. Finger, Wien.

Tab. IV, Fig. 6.

Am 21. Juli 1904 wurde sub J.-Nr. 18.649, Pr.-Nr. 654, auf Z.-Nr. 77, der Klinik für Geschlechts- und Hautkrankheiten der 39 Jahre alte Schneider J. M. aufgenommen.

Patient gibt an, bis auf sein gegenwärtiges Leiden stets gesund gewesen zu sein, er hat in 16jähriger Ehe acht Kinder gezeugt, von denen drei (zwei an Diphtherie, eins an Lungenentzündung) im frühen Alter starben. Abortus oder Frühgeburt hatte seine Frau keine, venerische Erkrankungen werden geleugnet.

Die gegenwärtige Erkrankung des Patienten begann vor drei Jahren im Naseninnern, insbesondere rechterseits und äußerte sich in Verstopftsein der Nase mit Krusten und häufigem Nasenbluten. Erst ein Jahr später, also vor etwa zwei Jahren, traten auf der Haut der Nase Effloreszenzen auf, die wie „wildes Fleisch" aussahen und ausgebrannt wurden. Dieselben verbreiteten sich trotzdem allmählich über die Nase, zu beiden Seiten derselben und auf die Oberlippe und erlangten so die gegenwärtige Ausdehnung. Seit etwa einem Jahre bemerkt Patient das allmähliche Einsinken der Nasenspitze. Patient wurde örtlich mit verschiedenen Salben und Pflastern behandelt, hat auch einige Monate vor seiner Aufnahme an unserer Klinik in einem Spitale in Lemberg eine längerdauernde antisyphilitische Kur durchgemacht, die in Einreibungen bestand.

Status praesens. Patient mittelgroß, von gracilem Knochenbau, Muskulatur und Panniculus adiposus schlecht entwickelt. Die Untersuchung der inneren Organe ergibt nichts Abnormes, die Haut zeigt bis auf die sofort zu besprechenden Veränderungen im Gesichte nichts Krankhaftes. Am Hinterhaupt finden sich mehrere münzengroße haarlose Stellen einer Alopecia areata.

Die Veränderungen des Gesichtes stellen sich folgendermaßen dar: Die Nase erscheint flach, verbreitert, die Nasenflügel eingezogen, die plumpe Nasenspitze der Oberlippe stark genähert. Die Haut der Nase ist von der Spitze bis zur Nasenwurzel lebhaft gerötet, welche Rötung nach der Nasenwurzel und den Augenwinkeln zu allmählich abklingt. Innerhalb dieser geröteten Partie finden sich zahlreiche miliumähnliche, stecknadelkopfgroße, gelbe Pünktchen eingesprengt. Die Nasenflügel und die Nasenspitze erscheinen verdickt, diffus infiltriert, intensiv gerötet, mit gelben fettigen Krusten und Borken bedeckt, nach deren Beseitigung sich grobknotige leichtblutende Infiltrate zeigen, zwischen denen sich, besonders an der Nasenspitze, mehrere kleine, rundliche, seichte deprimierte Narben finden, die auch den beschriebenen ähnlich milienartige Körnchen einschließen. Stellenweise finden sich kleine Terrains nicht

auffällig veränderter Haut, an denen die Ausführungsgänge der Talgdrüsen ähnlich wie bei Lupus erythematosus mit fettigen Krusten bedeckt und erweitert erscheinen.

Die die Nase seitlich begrenzenden Hautpartien der Wange zeigen symmetrisch, in der vom Lupus erythematosus bekannten schmetterlingsförmigen Ausbreitung, je einen etwa guldengroßen Herd, der beiderseits eine zentrale, insbesondere in der Nasolabialfalte beiderseits tiefer deprimierte, unregelmäßig buchtig begrenzte Narbe darbietet, welche Narbe nach außen von einer lebhaft hellroten höckrig infiltrierten, wenig elevierten Randzone eingeschlossen wird, deren Rötung nach oben und den Seiten allmählich abklingt.

Die zentrale narbige Partie ist blaß, von zarten dendritischen Gefäßen durchzogen, zeigt den oben erwähnten ähnliche milienähnliche Einsprengungen. Die Randzone, rechterseits auffälliger eleviert als links, wird von einer Reihe von durch kleine narbige Furchen getrennten knoten- und knötchenförmigen hellroten Infiltraten gebildet, die mit Borken und fettigen Krusten bedeckt sind, und insbesondere in der Gegend des rechten Nasenflügels die Neigung zu papillärem Auswachsen zeigen. Auch hier finden sich zwischen und nach außen von den Infiltraten zahlreiche kleinste gelbe Pünktchen eingesprengt, sowie zahlreiche dendritische Gefäßverzweigungen, während am Rande, noch auf dem entzündlich geröteten Terrain, sich mäßig zahlreiche rosenrote, zum Teil an der Spitze ein Eiterpustelchen tragende, akneähnliche Knötchen vorfinden.

Nach unten gehen beide Plaques direkt in die analogen Veränderungen der Oberlippe über.

Diese, sowohl das Filtrum, als die beiderseits angrenzenden Partien bis an die beiden Mundwinkel hin erscheinen diffus geschwollen, bis auf das Dreifache verdickt, ihrer Haare fast völlig beraubt, düster gerötet. Die Rötung setzt nach links und rechts scharf gegen den der Gegend beider Mundwinkel entsprechenden noch behaarten Teil der Oberlippe ab. Die Oberfläche der geschwellten Partien der Oberlippe ist mit dicken gelben Borken und Krusten bedeckt, nach deren Ablösung ein leicht blutendes, nässendes, glattes oder nur wenig drusiges Infiltrat zum Vorschein kommt, das auch hie und da kleine seichte Närbchen einschließt.

Die Schleimhaut der Mundhöhle ist frei, das Nasenseptum bis zum Übergange des knorpeligen in den knöchernen Anteil perforiert, die Perforationsöffnung von narbigen Rändern eingeschlossen.

Untersuchung der Krusten, des Inhaltes der akneähnlichen Knötchen, sowie der milienähnlichen eingesprengten gelben Punkte ergab neben Leukocyten und Detritus als konstanten Befund ziemlich zahlreiche homogene, stark lichtbrechende Körperchen von verschiedener Größe, rund oder elipsoid, mit doppelt konturierter, stark lichtbrechender Hülle, glasig homogenem oder feingranuliertem Inhalt. Nicht selten finden sich biskuitförmige Gruppierungen von zwei miteinander zusammenhängenden Körperchen, deren eines wesentlich kleiner als das andere, den Eindruck macht, als ob es aus dem Körper des größeren hervorsprießen würde. Als Vorstadium dieser Form finden sich einzelne große Körperchen, deren runde Kontur an ein oder der anderen Stelle eine buckelförmige Auftreibung zeigt. Die Körperchen färben sich mit Methylenblau, Karbolfuchsin, nach Gram und Weigert und treten auch bei Zusatz von 10 % Kalilauge deutlich im nativen Präparate hervor. (Blastomyceten.)

Durch Inokulation mit dem Sekrete einer Pustel, deren Inhalt zahlreiche Blastomyceten enthielt, am rechten Oberarm des Patienten (1. August) wurde an der Impfstelle

eine kleine Pustel erzeugt, in deren Inhalt Blastomyceten nachweisbar waren, die aber nach wenigen Tagen abtrocknete.

Kulturversuche auf den verschiedensten Nährmedien, ebenso mehrere Tierexperimente blieben resultatlos.

Der Patient erhielt (nach Beran) Jodnatrium in steigender Dosis, im ganzen 335 *g* und wurde am 28. September 1904 mit dem folgenden Status entlassen:

An der Oberlippe ist noch eine ganz geringe Verdickung bemerkbar, die Oberfläche derselben ist von zahlreichen feingestrickten blassen Narben eingenommen. Die Haut der Nase und der nachbarlichen seitlichen Wangenpartien ist blaß, namentlich an den Wangen eingenommen von länglichen feinen Narben, welche von einem feinen, etwas erhabenen, zahlreiche Gefäßektasien darbietenden, rosaroten Saum eingeschlossen werden. In diesen Randzonen sowie in der Haut der Narbe selbst, auch an der Nase und Nasenspitze finden sich sehr zahlreiche bis stecknadelkopfgroße, hellgelb durchschimmernde, milienartige Gebilde. An der Nase rechts und in der Nasolabialfurche links findet sich je ein linsengroßes derbes, braungelbes Atherom.

Histologische Untersuchung (vorgenommen durch Herrn Assistenten Doktor M. Oppenheim). Zur Exzision gelangte eine Partie des rechten Nasenflügels, die teilweise narbig verändert war. Die Haut erschien hier glatt und glänzend, bläulich rot verfärbt, durch dieselbe zahlreiche milienähnliche gelbe Punkte durchscheinend.

Das Stratum corneum fehlt oder ist sehr verschmälert, das Stratum granulosum ist auf drei bis vier Schichten reduziert, stellenweise über verbreiterten Epithelzapfen halbmondförmig ausgebogen. Rete- und Basalzellen sind normal. Im ganzen ist die Epidermis etwas schmäler und zieht geradlinig über dem Corium hinweg, entsprechend einer Narbe. Nur an sehr vereinzelten Stellen zeigen sich breitere und tiefere unverzweigte Epithelzapfen. Entsprechend diesem Verhalten der Epidermis fehlen im Stratum papillare streckenweise die Papillen ganz oder sie sind sehr klein und spärlich, nur an wenigen Stellen sind sie länger und breiter. Im Stratum reticulare und papillare finden sich Zellinfiltrate, deren Dichtigkeit und Ausdehnung sehr wechselt. Stellenweise sind dieselben zu Knötchen zusammengetreten, stellenweise schließen sie sich als lockere Zellstränge dem Verlaufe der Blutgefäße an. Im Stratum papillare füllen sie manche Papille aus, reichen bis an das Epithel, andere Papillen sind überhaupt nicht infiltriert. Die Infiltrate bestehen aus Rund- und Plasmazellen ohne typische Gruppierung und sehr spärlichen Riesenzellen mit randständigen Kernen. Die Talgdrüsen sind zum Teile sehr vergrößert und vermehrt, zum Teile vom dichten Infiltratmantel eingeschlossen, so daß dem Lupus erythematosus ähnliche Bilder entstehen. Auch diese Infiltrate bestehen aus Rund- und Plasmazellen mit spärlichen eingestreuten Riesenzellen. Ähnlichen Bau zeigen jene Zellstränge, welche die Blutgefäße umscheiden.

In den nach Waelsch und Weigert gefärbten Präparaten finden sich mitten im Infiltrate dunkelblau gefärbte runde Körperchen von verschiedener Größe, zum Teil mit knospenartigen Fortsätzen, ganz ähnlich jenen, welche im Sekrete und den Krusten nachzuweisen waren. Sie liegen zum Teil vereinzelt, zum Teil in Gruppen bis zu sechs, sind aber im ganzen nicht reichlich vorhanden. In einzelnen Blutgefäßen in der Nähe des Infiltrates finden sich ebenfalls ähnliche Körnchen.

Epikrise. Fassen wir das Krankheitsbild kurz zusammen, so handelt es sich bei unserem Patienten um einen ausgesprochenen Ulcerationsprozeß, der mit Rück-

sicht auf den relativ kurzen Bestand (drei Jahre im Naseninnern, zwei Jahre auf der Gesichtshaut), die nicht unbedeutende Ausbreitung, die nicht unbedeutenden Veränderungen (Perforation des Septums, Einsinken der häutigen Nase, ausgebreitete Narbenbildung, auffällige Verdickung der Oberlippe) als ein recht schwerwiegender anzusehen war. Das klinische Bild erwies sich auf dem ersten Bild als ein ganz eigenartiges, in die bekannten klinischen Bilder nicht einzupassendes. Die Erkrankung stellte sich dar als eine derjenigen, die neben peripherer, exzentrischer Ausbreitung von Infiltration und Ulceration, die Tendenz zur zentralen Verheilung unter Bildung einer Narbe darbietet, also im Sinne der Alten, besonders von Mainardus, der salernitanischen Schule etc. als ein „Lupus" bezeichnet wurde. Auffällig waren aber dabei die entzündlichen Erscheinungen, der erythematöse, nach der Peripherie allmählich abklingende Hof, die entzündlich roten Pustelknötchen an der Peripherie, Erscheinungen, die wir bei den uns geläufigen Krankheitsbildern kaum in dieser Art wahrnehmen.

Was nun diese uns geläufigen Krankheitsbilder betrifft, so waren als solche in Betracht zu ziehen: der Lupus erythematosus, der Lupus vulgaris und das serpiginöse ulceröse Syphilid.

Für den Lupus erythematosus hätte vielleicht die Lokalisation, die lebhaft rote Farbe der Randzone, die oben beschriebenen kleinen Stellen, an denen die Ausführungsgänge der Talgdrüsen erweitert und mit fettigen Krusten bedeckt sind, in die Wagschale fallen können. Doch diese Momente sind mehr äußerliche. Detailliert man das Krankheitsbild, so sprechen viel schwerwiegendere Momente dagegen. Höckerige Infiltrate, tiefergehende Ulcerationen, Septumperforation, Vorschreiten des Prozesses unter der Form akneähnlicher Knötchen sind Symptome, die wohl einen Lupus erythematosus ausschließen.

Für Syphilis könnte das zentrale narbige Ausheilen neben peripherem Weiterbreiten des Infiltrates, die Perforation des Septums differentialdiagnostisch ins Feld geführt werden. Anderseits mußte aber die hellrote Farbe der Infiltrate, das allmähliche Abklingen der roten Farbe nach der Peripherie, die Unregelmäßigkeit der Substanzverluste, die Zartheit der Narbe dagegen sprechen. Ebenso sprach dagegen die Anamnese, das Fehlen von Anhaltspunkten klinischer Art, die für abgelaufene Syphilis gesprochen hätten, endlich die Tatsache, daß die Affektion sich gegen antiluetische Therapie refraktär erwiesen hatte.

An einen Lupus vulgaris, unter dem Bilde des Lupus tumidus, serpiginosus hätten vielleicht die zum Teil höckerigen randständigen Infiltrate, die Schwellung der Oberlippe sprechen können, dagegen sprach aber wieder die Farbe, bei Lupus braunrot, hier hellrot, die Begrenzung, bei Lupus scharf, hier allmählich in das Gesunde übergehend, der Charakter der Primäreffloreszenz, bei Lupus das eingesprengte braunrote, flache Knötchen, hier Pustelknötchen, die etwas an Akne erinnern.

Epitheliom und Akne waren endlich, erstere durch die Weichheit des Gewebes, letztere durch die ausgebreitete Narbenbildung, auszuschließen.

Nachdem aber an der meiner Leitung unterstehenden Klinik schon drei Fälle von chronischer Hautblastomykose (Löwenbach und Oppenheim, Beitrag zur Kenntnis der Hautblastomykose. Archiv für Dermat. und Syphilis, Bd. 69, 1904, und Brandweiner, Zur Frage der Blastomykose der Haut, ibid., Bd. 71, 1904) zur Beobachtung gekommen waren, war es natürlich, daß die oben gegebenen differential-

diagnostischen Erwägungen unsere Aufmerksamkeit sofort diesem Krankheitsbilde zulenkten. Der histologische Nachweis von Blastomyceten im Inhalte der Pusteln und später in den Schnitten, der Erfolg großer Dosen von Jodkali führte zur Stellung und Verifizierung der Diagnose des Falles als eines Falles von chronischer Hautblastomykose.

Aber auch von diesem Standpunkte aus ist der Fall als ein etwas ungewöhnlicher anzusehen.

Buschke (Archiv für Dermat. und Syphilis. 1904, Bd. 68) schildert in seinem Referate die Hautblastomykose wie folgt: „Die Affektion beginnt zwar in verschiedener Weise, als Fleck, als Papel, Knötchen, Knoten, Blasen, Pusteln, der weitere Verlauf dagegen gestaltet sich immer in gleicher Weise. Aus allen diesen verschiedenen Anfangsformen entsteht eine auf infiltrierter Basis stehende verrucöse, teils der Tuberculosis verrucosa cutis, teils vielleicht mehr dem cowly-flower-carcinom sich nähernde Hautveränderung, welche peripherisch fortschreitet, während zentrale Erweichung und Abszedierung sich bildet. Die papillären Exkreszenzen haben, gegenüber der harten und mehr hornigen Beschaffenheit, die sie bei der Tuberculosis verrucosa cutis zeigen, nach dem, was ich selbst in einem Präparate von Herrn Ricketts zu sehen Gelegenheit gehabt habe, eine weichere Beschaffenheit, sie sind anscheinend ziemlich blutreich und auch länger als bei jener Hautaffektion. Die Färbung ist eine braune oder häufig dunkelblau cyanotische; zwischen gesunder Haut und papillären Exkreszenzen pflegt ein mehr oder weniger breiter, infiltrierter, meistens auch etwas cyanotisch aussehender Rand zu liegen, welcher abszeßähnliche Einschmelzungsherde, Ulcerationen aufweist, geradeso wie das Zentrum der ganzen veränderten Hautfläche. Aus den Abszessen und Ulcerationen entleert sich spontan und auf Druck teils Eiter, teils eine mehr eiterähnliche, teils fadenziehende Flüssigkeit. Die subjektiven Symptome der Hautkrankheit scheinen, wenn nicht zufällig Entzündungserscheinungen hinzutreten, minimal zu sein. Die Entwicklung der Hautkrankheit ist eine außerordentlich chronische, und zwar kommt es gelegentlich in Monaten, meistens aber in Jahren erst zu einer nennenswerten Ausbreitung, ja, es können 20 Jahre bis zur völligen Entwicklung des Gesamtleidens vergehen.“

Diese Schilderung ist der Mehrzahl der ja fast ausschließlich von amerikanischen Autoren gegebenen Krankheitsbilder entnommen, sie stimmt mit den Schilderungen und Abbildungen, welche Hyde und Montgomery (Cutaneous Blastomykosis. Journal of American Assoc., 7. June 1902), Gilchrist (Some additional cases of blastomycetic Dermatitis. Journal of cutaneous Diseases, March 1904) in ihren Zusammenstellungen geben und abbilden.

Von der Mehrzahl dieser Fälle, die mit dem Lupus verrucosus so viel Ähnlichkeit haben, daß ihnen selbst die Bezeichnung „Pseudolupus verrucosus“ (Gilchrist) beigelegt wurde, unterscheidet sich unser Fall einmal durch die relative Raschheit seines Verlaufes, die Intensität der innerhalb drei Jahren zu stande gekommenen recht bedeutenden Veränderungen.

Aber auch das Krankheitsbild, periphere hellrote bald mehr, bald weniger Pustelknötchen tragende Zone, darauf ein grobhöckeriges, zum Teil ulceriertes wallartiges Infiltrat, zentral eine blasse von teleangiektatischen Gefäßen durchzogene, von erweiterten Talgdrüsen in Form von Milien durchsetzte Narbe an der Nase und den Wangen, bedeutende, zum Teil narbig eingezogene Intumeszenz der ganzen Oberlippe, paßt nicht

in das von Buschke aus der Schilderung des amerikanischen Falles abstrahierte Krankheitsbild. Aber die Durchsicht der amerikanischen Literatur lehrt, daß wohl die Mehrzahl der dort publizierten Fälle, aber nicht alle, in das Schema Buschkes hereinpassen, manche Fälle von Blastomykose unter dem Bilde eines Epitheliom, eines Scrophuloderma, eines ulcerösen Syphilides etc. verlaufen. Unter diesen Fällen sind zwei, ein Fall von Hyde-Montgomery (l. c.) und ein Fall von Shepherel (Journal of cutan. and genito-urin. dis., 1902), die mit meinem Falle recht viel Ähnlichkeit haben. Eine Erscheinung aber ist in keinem einzigen der amerikanischen Fälle notiert, findet sich überhaupt nur in zwei auf meiner Klinik beobachteten Fällen (Fall Löwenbach-Oppenheim, mein Fall) es ist dies die Perforation des Septums.

Wie erwähnt, sind uns Kulturen des Blastomyces nicht aufgegangen, der Fall hat analog einer Reihe in gleicher Weise behandelter Fälle auf große und steigende Dosen von Jodkali prompt reagiert. Diese prompte Reaktion auf Jod könnte zu einer diagnostischen Gefahr werden dann, wenn ein Beobachter, insbesondere durch die Septumperforation verführt, in einem analogen Fall die Diagnose Syphilis stellen und die Erfolge der Jodtherapie als Beweis der Richtigkeit seiner Diagnose ansehen würde. Doch ist hervorzuheben, daß die Reaktion syphilitischer Veränderungen auf Jodmedikation stets eine viel promptere zu sein pflegt, auf mäßige Gaben relativ rasch eintritt, während bei der Blastomykose erst größere Dosen und auch diese viel langsamer eine Ausheilung zu bewirken vermögen.



6.

ERNEST FINGER

Blastomycosis cutis chronica.

Urban & Schwarzenberg in Berlin u. Wien.

Sur un naevus lymphangiomateux végétant de la hanche

par H. Hallopeau,

professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôpital St. Louis, membre de l'Académie de médecine, vice-président de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie.

Tab. V, Fig. 7.

Cette maladie est assez rare pour mériter de figurer dans le premier fascicule de cet atlas comme elle l'a fait déjà, par la plume experte de Mr. Malcolm Morris, dans celui de son précurseur en 1889. On n'en compte en effet qu'une quinzaine de cas dans la littérature médicale et celui dont nous donnons l'image est le troisième qui ait été signalé à l'hôpital St. Louis sur plus de quatre millions de malades qui s'y sont présentés depuis 1870.

Bien que l'on y retrouve les traits essentiels des descriptions qui en ont été tracées jusqu'ici, il présente quelques particularités dignes d'intérêt.

Observation. — Gr., ouvrier mineur, agé de 23 ans, sans antécédents héréditaires, fait remonter à sa première enfance le début de son affection cutanée. Elle a beaucoup progressé dans ces dernières années; deux ou trois fois par an ses éléments deviennent le siège d'une poussée aigue avec fièvre.

Les lésions intéressent aujourd'hui toute la fosse iliaque externe; elles s'étendent, verticalement de la crête iliaque à la partie inférieure du grand trochanter, transversalement de la ligne axillaire à six centimètres de la ligne ombilicale; leur direction générale, oblique en bas et en dedans, rappelle celle du zona.

On y distingue deux groupes principaux d'éléments: les uns, périphériques sont de simples soulèvements d'aspect vésiculeux ou bulleux avec ou sans saillie notable sous-jacente; les autres sont agglomérés en une masse qui mesure environ 0,25 centimètres transversalement sur 0,12 verticalement et atteint en relief jusqu'à deux centimètres.

Les simples soulèvements d'aspect vésiculo-bulleux varient d'un a cinq millimètres de diamètre; leur contenu, habituellement citrin, s'écoule, lorsqu'on vient à les piquer, pour se reproduire rapidement; leur forme est circulaire ou irrégulière; leur surface, généralement peu saillante, est, tantôt modérément tendue, tantôt affaissée avec plissement de l'épiderme. On distingue en outre des soulèvements incomplets, dont la piqûre a provoqué l'issue, le liquide se coagule rapidement; il renferme des lymphocytes et présente par conséquent les caractères de la lymphe.

Une partie de ces soulèvements ne s'accompagne d'aucune autre altération appréciable du tégument. Ils se reproduisent constamment dans les mêmes endroits; ils sont isolés ou réunis par petits groupes dans lesquels chacun d'eux reste distinct. Ces groupes sont disposés, par places, en séries linéaires, par places, en cercles complets ou non. La plupart d'entre eux reposent en contraire sur une masse saillante dont la consistance est habituellement mollasse, parfois très ferme; leur couleur est d'un rose

pâle; leurs contours sont irrégulièrement circulaires, ou ovalaires; leur diamètre varie d'un à trois centimètres. Des placards semblables ne supportent plus momentanément de soulèvement bulleux. On trouve tous les intermédiaires, entre les saillies surmontées de soulèvements épidermiques et celles qui ne représentent que des masses solides.

Les soulèvements bulleux s'affaissent, puis se renouvellent alternativement sans issue spontanée de liquide. Trois masses saillantes enlevées pour des biopsies se sont rapidement reproduites.

La grande masse centrale forme un relief qui atteint par places jusqu'à deux centimètres. Dans sa partie inféro-interne, elle se divise en deux branches de deux à trois centimètres de diamètre et d'environ dix centimètres de longueur; la peau qui les unit est un peu indurée et pigmentée.

On distingue, dans cette masse, des soulèvements semblables à ceux qui viennent d'être décrits et de nombreuses saillies végétantes dont la configuration hémisphérique rappelle celle de ces soulèvements; leur couleur, d'un rouge clair, est analogue celle de la groseille; elles sont pour la plupart recouvertes de croûtes blanchâtres, confluentes et séparées par des sillons plus ou moins profonds d'ou s'écoule un liquide séreux.

La néoplasie est entourée d'une zône erythémateuse d'environ un centimètre de rayon.

Le 26 janvier, nous assistons à une poussée aiguë: le malade devient fébricitant; il éprouve des sensations pénibles de cuisson dans la tumeur qui se tuméfie et devient le siège de battements. Nous constatons, dans toute sa partie droite, d'innombrables petits foyers de suppuration qui sont développés depuis la veille; la piqûre en fait sourdre un liquide louche dans lequel des cultures, pratiquées par M' Krantz, interne dans notre service, permettent d'isoler des staphylocoques; on y trouve des cellules, pour la plupart polynucléaires. Inoculé à un cobaye, ce liquide a provoqué la mort au bout d'un mois et demi; on a trouvé à son autopsie un abcès volumineux correspondant au point d'inoculation: le microbe pathogène était le staphylocoque. Le liquide qui sort des sillons présente les mêmes altérations. Le 27 janvier, les ilots de suppuration se sont étendus aux parties de la masse restées tout d'abord indemnes ainsi qu'aux saillies périphériques. Les jours suivants, la fièvre tombe; les petits foyers purulents disparaissent peu à peu; le liquide exsudé reprend l'aspect citrin. Parfois, sous l'influence de légers traumatismes, le contenu de quelques soulèvements devient hématique.

Nous avons constaté que chez ce malade, comme chez un autre atteint d'un naevus de même nature, le membre affecté est hypertrophié: sans doute, la suractivité de la circulation lymphatique a pour conséquence celle de la nutrition.

Examen histologique. — Il est pratiqué à l'aide d'une biopsie faite sur un des soulèvements liquides et la masse sous-jacente, par Mr. Sabouraud. Nous résumons ainsi qu'il soit la note dans laquelle notre éminent collègue en a exposé les résultats.

„Au dessus d'un derme riche en vaisseaux, existe une large bande horizontale de cellules épithélioïdes caractéristiques d'un naevus. Dans ce tissu naevique, on discerne en grands nombre des capillaires lymphatiques normaux dont la plupart ont une direction ascendante.

Ce qui objectivement paraissait une vésicule, n'est pas une vésicule vraie, mais résulte d'ectasies lymphatiques juxtaposées au sein du tissu conjonctif lâche du corps papillaire. Ces ectasies sont énormes, moyennes ou petites. Entre elles, on observe le tissu conjonctif du corps papillaire qu'elles refoulent et dissocient; elles sont limitées

par une paroi endothéliale qui a gardé partout ses caractères normaux. Les plus grosses occupent tout l'espace existant entre le tissu naevique et l'épiderme: les dilatations moindres sont au contraire logées entre les autres; les plus petites se trouvent dans le tissu naevique même ou à sa surface. Elles contiennent pour la plupart un liquide clair, séro-fibrineux, pauvre en éléments figurés; dans deux d'entre elles, on constate la présence de cellules polynucléaires, de lymphocytes et de quelques cellules endothéliales libres. Il y a donc un commencement d'infection. L'épiderme recouvre complètement cet angiome lymphatique; il est réduit à trois ou quatre rangs de cellules et il fait comme une mince coupole à la pseudo-vésicule. Toutefois, il présente des bourgeons interpapillaires très allongés, qui vont rejoindre le tissu naevique entre les dilatations lymphatiques et y plongent un peu, mais en gardant leurs éléments épithéliaux bien distincts des éléments épithélioïdes du naevus circonvoisin.

Toutes ces lésions sont caractéristiques d'un lymphangiôme pur; suivant la règle, ce lymphangiôme est un naevus dont les capillaires lymphatiques subissent, par places, des dilatations énormes, d'où la production des pseudo-vésicules à la surface de la tumeur. Il n'y a aucune dilatation vasculaire sanguine."

Evolution. — Ce lymphangiôme s'étend progressivement: Nous en avons pour témoins les ectasies qui se développent dans la peau saine au voisinage de la grande masse, les saillies intermédiaires et l'histoire de la maladie. Les poussées aiguës sont, chez ce malade, dues à des invasions rapidement généralisées de staphylocoques: Il en était de même dans un fait que nous avons publié antérieurement.[1])

Nous sommes donc en droit d'admettre avec vraisemblance que telle est, en règle générale, la cause prochaine de ces poussées qui ont été signalées dans la plupart des cas connus jusqu'ici; ces staphylocoques se dévelopant alors exclusivement dans les tissus morbides, on peut en conclure que ceux-ci offrent un milieu des plus favorables à leur prolifération.

La distribution zoniforme des lésions est, selon toute vraisemblance, subordonnée à la disposition embryonnaire du réseau affecté.

Diagnostic. — La présence des soulèvements d'aspect bulleux au pourtour et à la surface de la tumeur peut faire penser à un pemphigus végétant: le début congénital de l'affection, sa circonscription exacte à une même région et l'examen histologique éviteront cette erreur. Les soulèvements d'aspect bulleux distinguent ces néoplasies de toutes les autres, y compris les lymphangiômes tubéreux de Kaposi.

La présence de petits foyers hémorrhagiques dans quelques vésicules pourrait faire croire à un hémato-lymphangiôme de Besnier[2]), mais, dans celui-ci, il ne s'agit pas d'hémorrhagies, mais bien de néoplasies de vaisseaux à sang rouge associées aux néoplasies lymphatiques.

Traitement. — Le malade est soumis à l'action des rayons Röntgen: déjà, après quatre séances, la grande masse s'est très notablement affaissée. Cette médication provoque de nouvelles invasions passagères de staphylocoques ainsi que de la rougeur et une desquamation des téguments voisins. Son résultat définitif sera publié ultérieurement. si elle venait à echouer, il n'y aurait d'autre ressource que l'ablation chirurgicale.

[1]) H. et P. Hallopeau. Sur un lymphangiôme végétant. Congrès de médecine française, session de Toulouse, 1902.

[2]) E. Besnier. Notes à la traduction francaise du traité de Kaposi, 1892.



7.
H. HALLOPEAU
Naevus lymphangiomatosus.

Urban & Schwarzenberg in Berlin u. Wien.

Pachyonychia congenita.

Keratosis disseminata circumscripta (follicularis). Tylomata. Leukokeratosis linguae.

Von J. Jadassohn und F. Lewandowski in Bern.

Tab. VI, Fig. 8, 9.

Wir haben von dem hier berichteten Fall nur die Nagelveränderungen reproduzieren lassen und werden vor allem diese berücksichtigen; die weiteren Befunde an Haut und Schleimhaut werden später eingehend gewürdigt werden.

E. C., 15jähriges Mädchen, am 15. Juni 1905 wegen fungöser Hauttuberkulose aufgenommen, hatte neben dieser eine uns hier in erster Linie interessierende Veränderung der Nägel; außerdem wurden eigenartige Verhornungsanomalien an der Haut und an der Zunge konstatiert. Die Nägelverbildungen sollen von Geburt an bestehen. Von Haut und Zunge weiß Patientin nichts anzugeben. Die Eltern und sieben andere Geschwister haben keine ähnliche Erkrankung, wohl aber ein Bruder (s. u.).

Status praesens. Die Nagelplatten sämtlicher Finger und Zehen sind hochgradig verdickt und so hart, daß sie mit der Schere nicht abgeschnitten werden können, sondern daß der Vater sie mit Hammer und Meißel abtragen muß. Die Fingernägel sind von normaler Länge und Breite (eher lang und schmal), an der Oberfläche glatt und glänzend, nur an den freien Rändern hie und da in der Tiefe weißlich gestreift. Sie sind im allgemeinen transparent und bloß an den Fingerkuppen grauschwarz verfärbt. Sie sind namentlich an den distalen Teilen transversal wesentlich stärker gewölbt als normal, einige auch in der Längsachse etwas mehr volarwärts gekrümmt. Sie verdicken sich nach dem freien Rande zu, an welchem ihr Dickendurchmesser 3—5 *mm* beträgt. Dadurch ragen sie dorsalwärts stark hervor, liegen aber zugleich dem Nagelbett sehr dicht auf; dieses wird von ihnen gleichsam umfaßt und von den Seiten nach der Mitte zu komprimiert, so daß es am freien Rande wie ein kleiner Fortsatz in die dicke, sichelförmige Platte hineinragt.

Die Zehennägel sind ebenfalls sehr wesentlich verdickt, besonders die der großen Zehen (Onychogryphosis-ähnlich). Sie sind aber an der Oberfläche nicht glatt, sondern unregelmäßig transversal gefurcht, und sie erheben sich in ihren distalen Partien stummelförmig über das Bett, das an sich ebenso wie der Falz normal ist. Die Konsistenz ist die gleiche wie an den Fingern. Das Wachstum der Nägel ist nicht besonders schnell. Von Verhornungsanomalien des Nagelbetts ist nichts zu konstatieren. Beschwerden hat die Patientin von dieser Nagelveränderung nicht (auch nicht bei der Abtragung). Auch in feineren Arbeiten ist sie angeblich nicht behindert.

Behaarter Kopf frei; im Gesicht finden sich nur an der häutigen Nase und an der Mentalfurche intensiv rote, etwas zugespitzte, ungefähr stecknadelkopfgroße, derbe Knötchen und dazwischen, namentlich an der Nase, sehr vereinzelte wasserhelle Bläschen mit klarem, alkalisch reagierendem, sterilem Inhalt. Die Zahl dieser Effloreszenzen ist zu verschiedenen Zeiten sehr verschieden, und namentlich die Bläschen werden bei hoher Außentemperatur reichlicher.

Hyperidrosis der häutigen Nase, der Handteller und der Fußsohlen. An den letzteren, an den verschiedenen Druckstellen hochgradige, durch Mazeration weißgefärbte Schwielen. Im Sommer (seltener im Winter) bildeten sich unter diesen sehr schmerzhafte, große Blasen aus, deren wasserheller Inhalt alkalisch reagierte und Staphylo- und Streptokokken sowie ein nicht weiter untersuchtes Stäbchen enthielt.

An Ellbogen und Knien sind einige nicht deutlich gruppierte, augenscheinlich follikuläre, hanfkorngroße, leicht erhabene, wenig gerötete Knötchen vorhanden; in ihrem Zentrum ein kaum prominenter Hornpfropf, nach dessen Entfernung eine kraterförmige Vertiefung zurückbleibt.

Die Zunge ist an ihrem Rücken mit einem festhaftenden, hie und da scharf und unregelmäßig begrenzten, dicken, weißen Belage versehen. An ihren Rändern finden sich konstant, auf ihre Unterseite übergreifend, auffallend weiße Streifen und unregelmäßige, zum Teil leicht höckerige Erhebungen. Sonstige Mundschleimhaut normal. An den inneren Organen, speziell an den Nerven, nichts, was mit der Hautanomalie in Verbindung gebracht werden könnte.

Etwa vier Wochen nach der Aufnahme der Patientin wurde auch eine Erkrankung an der Körperhaut konstatiert, welche seitdem immer besteht, an In- und Extensität aber sehr wechselt. An beiden Scapulae und in der Umgebung der Achselhöhle sowie in der Glutäalgegend finden sich in unregelmäßiger Disseminierung Effloreszenzen, die zum Teil den an Ellbogen und Knien befindlichen entsprechen. Zum Teil aber stellen sie stecknadelkopf- bis über halblinsengroße Knötchen dar, mit intensiver geröteter Basis und mit einer dicken, weißlichen bis graugelben zentralen Hornmasse, die sich meist in Form eines oft seitlich abgebogenen Kegels von 1—4 *mm* Länge über die Umgebung erhebt, seltener mehr wie eine flache Scheibe in die Haut eingelassen ist. Nach Entfernung dieser Hornmasse bleibt eine leicht blutende Vertiefung zurück. Die Haut zwischen den einzelnen Papeln scheint normal.

Die histologische Untersuchung einer solchen Effloreszenz mit hohem Hornkegel ergab eine Hyperkeratose des Follikeltrichters, welche sich in hohen, zum Teil parakeratotischen Schichten über ihm auftürmte und auf seine nächste Umgebung überging. Starke Verdickung des Rete, stärkeres Einwachsen der benachbarten Retezapfen in die Cutis. Die Retezellen auffallend vakuolisiert; stellenweise sehr viele und große Keratohyalinkörner bis in die tieferen Lagen. „Figures pseudococcidiennes" wurden nicht gefunden. In der Cutis nur leichtes Ödem und geringe Zellvermehrung.

Der oben erwähnte (vierjährige) Bruder, welcher der Patientin sehr ähnlich sieht, abgesehen von der Dermatose aber ganz gesund ist, bot an Nägeln, Fußsohlen und Zunge ein vollständig analoges Bild dar. Auch die Hautveränderungen an der Nase, in der Mentalfurche, an Ellbogen, Knien und Rumpf waren die gleichen, nur daß sie stellenweise ein durch dunklere Färbung mehr komedonenähnliches Aussehen hatten.

Epikrise. Eine ausführliche Besprechung der Diagnose ist hier nicht möglich. Zweifellos handelt es sich wohl um eine Verhornungsanomalie auf kongenitaler Grundlage. Die augenscheinlich wesentlich follikulären Hyperkeratosen lassen sowohl an die Keratosis (contagiosa) follicularis Brookes als auch an die Dariersche Krankheit denken. Für und gegen beide Diagnosen lassen sich Gründe anführen. Bei der bisher geringen Ausbildung der Hautveränderungen wollen wir diese ja auch prinzipiell noch in Diskussion befindlichen Frage lieber offen lassen; auch die histologischen Veränderungen lassen jedenfalls bei unserem spärlichen Material eine Entscheidung kaum zu.

Die plantare Hyperkeratose und die Hyperidrosis palmaris und plantaris sind bei der Darierschen Krankheit beschrieben, ebenso die Lokalisation an Nase und Kinn. Die Veränderungen der Nase gehören wohl wegen der Hyperidrosis, wegen des wechselnden Verlaufs und der wasserhellen Bläschen zu dem Bilde der Granulosis rubra nasi. Anomalien der Zunge finden wir weder bei der Brookeschen noch bei der Darierschen Krankheit beschrieben. (Morrows Fall gehört wohl nicht hieher.)

Die Reproduktion der Nagelveränderungen unserer Kranken in diesem Atlas rechtfertigt sich dadurch, daß wir Analoges nirgends beschrieben gefunden haben, und daß auch die verschiedenen Dermatologen, die unsere Kranke gesehen haben, dergleichen nicht kannten. Auch in dem Falle Fohns (mit Hyperkeratosen) sind die Nagelveränderungen augenscheinlich different gewesen. Es handelt sich, wie aus den Abbildungen hervorgeht, um ganz außergewöhnlich dicke und stark gewölbte, dabei steinharte Nagelplatten, wobei ihre Länge und Breite und im wesentlichen auch ihre Richtung normal ist. Deswegen haben wir den bezüglich der Genese gar nicht präjudizierenden Ausdruck „Pachyonychia“ gewählt. Bei der Brookeschen Krankheit sind Nagelveränderungen nicht, bei der Darierschen vielfach beschrieben (wenn auch noch nicht abgebildet) und sogar als zum Krankheitsbilde gehörig angesehen worden (Boeck).

Doch geht aus der Literatur hervor, daß die Nägel bei der Darierschen Dermatose von denen bei unseren Kranken durch das Fehlen der kolossalen Verdickung und durch die Neigung zu Fissurierung und Abbröckeln wesentlich verschieden sind.



9.



8.

JOSEF JADASSOHN und F. LEWANDOWSKI
Pachonychia congenita.

Urban & Schwarzenberg in Berlin u. Wien.

Fall von Erythromelalgie.

Von Professor A. Pospelow in Moskau.

Historia morbi.*)

Tab. VII, Fig. 10.

Patientin, eine Fabriksarbeiterin, 36 Jahre alt, verheiratet, ist am 16. Dezember 1895 in die Moskauer Klinik für Hautkrankheiten aufgenommen worden mit den Erscheinungen von Syringomyelie oder Morvanscher Krankheit („Parésie analgésique ou paréso-analgésique des extrémités supérieures").

Anamnesis. Der Vater der Patientin ist infolge hohen Alters, die Mutter an Lungentuberkulose gestorben, ein Bruder war Epileptiker. Das Leiden datiert von 1885, als die Kranke periodisch heftige Schmerzen in der rechten Hand zu verspüren begann, besonders in der Handfläche. Nach den sehr heftigen Schmerzanfällen, welche bei Herabhängen der Hand noch zunahmen, verschwanden die Schmerzen mit Temperaturschwankungen nach einigen Stunden völlig. Bisweilen wurden die Schmerzen von stark ausgeprägtem Ödem der ganzen Hand begleitet, welches gleichzeitig mit den Schmerzen schwand. Im Dezember 1894, d. h. ein Jahr vor Eintritt in die Klinik, zeigten sich bei Patientin an den Fingern der rechten Hand einige Abszesse, welche bei der Inzision merkwürdigerweise völlig schmerzlos waren. Die Abszesse wiederholten sich immer öfter, die Bewegungen der Finger wurden immer schwieriger, wobei die Finger nach innen gebogen und die Haut darüber merklich gespannt wurde.

Status praesens. Bei Aufnahme der Patientin in die Klinik am 16. Dezember 1895 wurde Sklerodermie der Finger an der rechten Hand (Sklerodactylia) mit deutlich ausgeprägter main en griffe gefunden; die Hauttemperatur an der Palmar- und Volarfläche der rechten Hand = 33·2° C, links = 34° C, bei 36·8° C in den Axillen. Allenthalben an der Haut sind Erscheinungen von Autographismus zu konstatieren; die rechte Schulter ist etwas herabhängend, eine leichte Skoliose ist rechterseits vorhanden. Die rechte Hand ist magerer als die linke, die elektrische Reizbarkeit der Muskeln ist bei der rechten Hand herabgesetzt, die Muskelkraft (Dynamometer Mathieu) ergibt für die Flexoren 4 *km* rechterseits und 40 *km* linkerseits. Die rechte Pupille ist enger als die linke; auf Licht reagieren die Pupillen gut. Die Beckenorgane sind normal. Patellarreflex ist erhöht; der Trizepsreflex ist gut; Bizeps etwas schwächer. Tabes ist nicht zu vermerken. Die Sensibilität ist deutlich gestört; besonders stark ausgeprägt ist die thermale Anästhesie, etwas weniger die Schmerzempfindung und noch weniger

*) Eine genaue Beschreibung dieses Falles ist in den „Protokollen der Moskauer Venereologischen und Dermatologischen Gesellschaft", 1895/96, pag. 56 u. ff. veröffentlicht, wobei in der Sitzung der Gesellschaft die Kranke selbst demonstriert worden ist.

das Tastgefühl. Was das Temperaturgefühl betrifft, so unterscheidet Patientin an der rechten Hand und den Fingern durchaus nicht Heiß von Kalt. Das rechte Antibrachium fühlt einen Unterschied von 6° C, die Schulter 4° C. Die Herabsetzung des Schmerzgefühls beschränkt sich auf die rechte Hand und die Finger daselbst, wo das Schmerzgefühl fast gar nicht empfunden wird, ebenfalls auf das untere Drittel des Vorderarmes. Die Tastempfindung ist überall erhalten, und zwar mehr an der Vola als der Palma manus. Das Raumgefühl (Zirkul. von Weber) ist etwas an der rechten Handfläche herabgesetzt. Die Druckempfindung (Barästhesiometer) ist bei allmählichem Anwachsen des Druckes von 200 auf 400 nicht deutlich auf der rechten Volarfläche. Die elektrokutane Sensibilität ist auf der rechten Vola herabgesetzt, besonders aber an der Palmarfläche der Hand und der Finger, wo sie gleich Null ist.

Diagnose. Die Erscheinungen einer Muskelatrophie, main en griffe (Aran-Duchen), eine leichte Skoliose des Rückgrats, Thermanästhesie in Form von Gurten und Quadraten (siehe Zeichnung in dem Protokoll der Gesellschaft), eine deutliche Herabsetzung des Schmerzgefühles der rechten Hand — alles dies wies auf eine deutlich ausgesprochene Syringomyelie (Hydromyelie) oder Gliomatose des Rückenmarkes hin, eine Teilerscheinung letzterer waren in unserem Fall die insensiblen Panaritien, welche 1886 vom französischen Arzt Morvan als eine besondere Krankheit beschrieben sind, unter dem Namen „Parésie analgésique à panarices ou paréso-analgésique des extrémités supérieures“ und Charcot als „maladie de Morvan“ bezeichnet hat.

Die Behandlung. Bei Darreichung von JNa intern, Vesikatorien beiderseits des Rückgrats und auf den Plexus brachialis rechterseits, lokalen heißen Bädern ließen die Schmerzen in der rechten Hand nach und Patientin fühlte sich wohl.

Der Verlauf der Krankheit. Am 11. Februar 1896, d. h. nach einem Monat nach Aufnahme der Kranken in die Klinik, zeigte sich plötzlich starker Kopfschmerz und sehr heftiger Schmerz in der linken Hand, welche bis dahin völlig gesund war, wobei die Haut durchsichtig, ödematös wurde, das Ödem an der Vola manus polsterartig deutlich zum Ausdruck kam, besonders über den Gelenken der dritten und vierten Phalanx, die Haut gespannt und eine diffus-violette Färbung annahm (glossy skin der Engländer), auf Druck erheblich schmerzhaft und fast keine Spuren hinterließ. Die Allgemeintemperatur blieb die ganze Zeit über völlig normal, die lokale war anfangs völlig normal, späterhin aber stieg sie ein wenig (0·2—0·3°), jedoch eine allgemeine Temperaturerhöhung war nicht vorhanden. Die Nägelphalangen wurden cyanotisch, die Handfläche schwitzte stark, die leiseste Berührung der affizierten Haut verursachte bei der Patientin den heftigsten Schmerz „bis zu Thränen“. Überdies verspürte Patientin einen fast konstanten, unerträglichen, pulsierenden Schmerz in der ganzen Hand, besonders in den Fingerspitzen, welcher nur ein wenig nach Morphiuminjektionen nachließ. Gleichzeitig mit der Erkrankung der Hand erschienen heftige Schmerzen im Ellenbogengelenk und Schultergelenk derselben Extremität, jedoch ohne sichtbare Schwellung der Gelenke und ohne jegliche Temperaturerhöhung des Körpers.

Unter Einfluß von Vesikatorien auf den Plexus brachialis, heißer Handbäder schwanden das Ödem, die Cyanose, die Schmerzen in den Gelenken und das Ödem der Hand völlig. Jedoch zeigten sich bei Patientin zwei Wochen später völlig analoge Erscheinungen am Fuße links, indem Schmerzen in der ganzen unteren Extremität

voraneilten, den anderen Tag erschienen Ödem und Röte der großen Zehe, welche sich auf den Dorsum pedis verbreiteten, wobei der Fuß polsterartig anschwoll; die geringste Berührung und Senkung des Fußes verursachte Schmerzen nicht nur im Fuß, sondern auch im Unterschenkel des linken Beines. Die allgemeine Temperatur des Körpers blieb völlig normal. Unter Einwirkung von Irritantien und heißen Fußbädern gingen die Erscheinungen des akuten Ödems zurück.

Epikrisis. Es fragt sich nun, wodurch diese Veränderungen bedingt worden sind. Der heftige Schmerz, die Rötung und Schwellung über den Gelenken erinnerten beim ersten Anblick an einen akuten Gelenkrheumatismus. Aber das Fehlen einer allgemeinen Temperatursteigerung, die Cyanose und geringe Erhöhung der lokalen Hauttemperatur nur bei der Akme des Prozesses, der völlig normale, sogar etwas helle Urin, die scharfe Begrenzung des Hautödems, der voraneilende Schmerz bloß in den affizierten Extremitäten, das Nichtschwellen der übrigen Gelenke trotz der heftigen Schmerzen daselbst, das alles sprach gegen einen Gelenkrheumatismus. Das Fehlen von Gonorrhoea, Fehlen von Fäden im Urin und die normale allgemeine Temperatur ließen den Gedanken an eine gonorrhoische Synovitis oder Arthritis ferne. Die völlige Eigenart des Leidens einerseits gestattete durchaus keine Verwechslung mit irgend welchen anderen Affektionen der Gelenke, welche z. B. beim Gelenkrheumatismus, gonorrhoischer Arthritis, Syphilis, Osteomyelitis, Knochensystemerkrankung, Affektionen bei Tabes u. a. Veränderungen beobachtet werden, anderseits wies ein ganzer Komplex von Symptomen, und zwar unerträgliche schießende und pulsierende Schmerzen, welche anfallsweise auftraten, das akute Ödem und die Cyanose der Haut, die Herabsetzung der Sensibilität des vierten Fingers der linken Hand nach einem Anfall dieser Schmerzen, die äußerste Hyperästhesie der affizierten Haut während des Anfalles, die Arthralgien in den Gelenken derselben Extremität, heftige Kopfschmerzen und die Syringomyelie der Kranken, dies alles wies auf einen nervösen Ursprung des Leidens hin, und zwar auf einen völlig analogen dem klinischen Bild, welches zuerst von W. Mitchell beschrieben ist, unter dem Namen Erythromelalgia oder, wie ich es nennen möchte, Oedema cutis circumscriptum dolorosum acutum im Gegensatz zum schmerzlosen zirkumskripten Ödem der normal verfärbten Haut, welches zuerst von Milton (1882) beschrieben und von Quincke als Oedema cutis acutum circumscriptum bezeichnet worden ist.

Wo ist nun die Lokalisation dieses Prozesses zu suchen? Nach Eulenburg ist das Wesen der Erythromelalgie in einer Erkrankung des Rückenmarkes zu suchen, und zwar der grauen Substanz der Seiten- und Hinterhörner; Lewin und Eulenburg glauben, daß die Krankheit völlig an die Raynaudsche Krankheit erinnert und nicht durch eine vasomotorische, sondern trophische Störung der grauen Substanz der Vorderhörner des Rückenmarkes bedingt wird.

Aus der Physiologie ist bekannt, sagt Professor Dehio, daß die Nervenbahnen der oberen Extremitäten in den Zentren, welche in der grauen Substanz des Halsabschnittes des Rückenmarkes gelegen sind, ihren Anfang nehmen. Weiter ist bekannt, daß die sensiblen Nervenfasern teilweise mit den Ganglien der Hinterhörner in Verbindung treten, und daß speziell die Leitung der Schmerzempfindungen durch die graue Substanz der Medulla spinalis vermittelt wird. Außerdem ist bekannt, daß die spinalen Zentren der vasomotorischen Nerven und des Schweißnervens nahe beieinander

[illegible] ebenfalls in der grauen Substanz des Rückenmarkes gelegen [illegible] Professor Dehio, gleich [illegible] die Erythromelalgie auf eine Erkrankung der hinteren und seitlichen Hörner der grauen Substanz des Rückenmarkes zurück. »Ob das Leiden sich [illegible] oder einer [illegible] mäßigen Grades [illegible] sagt Professor Dehio, »und [illegible]

Gleichsam als Antwort auf die gestellte Frage dient unser äußerst demonstrativer Fall. Patientin kam in unsere Klinik mit sogenannter Morvanscher Krankheit, welche, wie seinerzeit Professor Prus u. a. nachgewiesen haben, nichts anderes als bloß eines von den zahlreichen Symptomen der Syringomyelie darstellt. Eine genaue Untersuchung der Patientin, welche mit Hilfe des Neurologen Dr. Wersilow geschah, zeigte, daß Patientin alle charakteristischen und deutlich markierten Symptome von Syringomyelie darbot.

Patientin erinnert sich sehr wohl, daß kurz vor dem Auftreten der schmerzlosen Panaritien sie völlig gleiche charakteristische und unerträgliche pulsierende und schießende Schmerzen in der rechten Hand gehabt habe, welche die Panaritien begleiteten und noch in der Flachhand verblieben, nachdem bereits die Panaritien in unserer Klinik verheilt waren. Man muß also zugeben, daß die erythromelalgischen Schmerzen und die Veränderungen der Haut in diesem Fall als eine Erscheinung der Syringomyelie zu betrachten sind, welche, wie die Beobachtungen zeigen, durch sehr verschiedenartige Veränderungen der Haut sich äußert mit Einschluß von Erythromelalgie, was unzweifelhaft in unserem Fall vorlag.

Da die Erythromelalgie sich durch scharf begrenzte Rötung, Ödem der Haut kennzeichnet, von charakteristischen pulsierenden, äußerst heftigen Schmerzen begleitet wird, so wäre es, im Gegensatz zu dem ebenfalls scharf begrenzten, jedoch schmerzlosen und blassen Hautödem, welches Quincke als Oedema cutis acutum circumscriptum beschrieben hat, zweckmäßiger, den Terminus »Erythromelalgie« durch den Ausdruck »Oedema cutis acutum circumscriptum dolorosum« zu ersetzen, da ja eigentlich die Bezeichnung »Erythromelalgie«, welche durch »Schmerzen und Röte« eines Gliedes oder Gelenkes sich kennzeichnet, wesentlich in demselben Maße der Syringomyelie als auch, wenn nicht noch eher, dem akuten Gelenkrheumatismus zugute kommen kann.



10.

ALEXANDER POSPELOW

Erythromelalgia.

Urban & Schwarzenberg in Berlin u. Wien.

Ein Fall von lichenoider Eruption mit Depigmentation.

Aus der königlichen Universitätsklinik für Hautkrankheiten in Breslau.

Von A. Neisser und C. Siebert.

Tab. VIII, Fig. 11.

Anamnese. Patient, ein 16jähriger Schmiedelehrling, am 30. Juni 1893 zum erstenmal in die Klinik aufgenommen, hat im Alter von drei Jahren Scharlach gehabt, will sonst aber immer gesund gewesen sein. Das jetzige Leiden datiert seit drei Jahren. Damals traten an beiden Ellenbogenbeugen, bald darauf auch in den Inguinalgegenden und in den Kniegelenksbeugen diffuse rote Stellen auf; später entstanden gleiche Flecke an der Vorderseite der Schultergelenke und am Halse unter dem Kinn. Vor einem Jahre wurde der Bauch gleichfalls von den roten Flecken befallen.

Subjektive Beschwerden, abgesehen von leichtem Jucken an den Armen und Beinen, fehlen. Seit einem Jahre ist Patient mit Teertinkturen und Teersalben behandelt worden, aber ohne jeden Erfolg. Seit dem Auftreten der Hautaffektionen soll dieselbe sich im großen und ganzen unverändert erhalten haben. Auf dem Rücken ist vor $1^1/_2$ Wochen auch eine diffuse Rötung aufgetreten, die von einem leichten Juckreiz begleitet ist.

Status. Ein kräftiger, sehr gesund und wohlgenährt aussehender Junge. Der Patient zeigt beim Anblick ein sehr buntes Aussehen. Eine normale Hautfarbe findet sich nur im Gesicht, auf der mittleren Brust, den Vorderarmen, Unterschenkeln, Händen und Füßen.

Auf der Bauchhaut in der ganzen Umgebung des Nabels findet sich eine karmoisinrote Verfärbung der Haut, die sich aus sehr zahlreichen disseminierten, rötlichen, mattglänzenden Flecken und Fleckchen zusammensetzt. Die Rötung setzt sich links in drei, rechts in zwei größeren Zacken auf die Seitenteile des Bauches bis etwa in die hintere Axillarlinie fort. Nach unten geht die Rötung über beide Inguinalgegenden, unter Freilassung der Regio pubica, während das Skrotum wieder mattglänzende Rötung zeigt, auf die vordere Fläche der Oberschenkel über und von dort aus in Handflächenbreite längs der Innenfläche derselben zur Crena ani. Zwischen den genannten Zacken sehen wir eine depigmentierte Haut, in die sich wiederum im entgegengesetzten Sinne vom Rücken her Zacken stärker pigmentierter Haut einschieben. Auch die geröteten Partien in der Inguinalgegend und auf der Innenfläche der Oberschenkel sind von einer etwa 1 *cm* breiten, blassen Zone umsäumt. Diesem depigmentierten Saum parallel ziehen über Vorder- und Innenseite der Oberschenkel nach der Crena ani zu in Handbreite wieder stärker pigmentierte Hautpartien, die sich dann weiter über die ganze Sakralgegend ausbreiten. Auf dem Rücken ist die Haut wieder karmoisinfarben gerötet, aber ohne entzündliche Reizerscheinungen. Diese Rötung erstreckt sich nach unten bis zu dem oben erwähnten pigmentierten Hautbezirke in der Kreuzbeingegend. An beiden Oberarmen, einschließlich der Schultern, ist die Haut auch gerötet, aber in intensiverer Art als an den bisher beschriebenen Stellen, mehr scharlachfarben, von gereizt entzündlichem Aussehen, mit stark gefältelter, silberglänzender Oberfläche. Von den Armen erstreckt sich die Rötung über die vorderen Schulterpartien auch auf die Brust, setzt sich hier durch einen Halbkreis heller gefärbter Haut, die sich spröde, rauh und leicht atrophisch anfühlt, scharf gegen die normale Haut ab. In beiden Kniekehlen, links sich auch auf die Innenseite der Unterschenkel erstreckend, befindet sich eine bläulich rote Partie mit erweiterten Kapillaren, die ebenfalls eine weißlich schillernde Oberfläche hat und nicht scharf gegen die Umgebung abgesetzt ist. Pigmentverschiebungen haben hier noch nicht stattgefunden.

In der ganzen Lokalisation liegt eine gewisse Symmetrie. Auffallende Störungen der Sensibilität sind in den befallenen Partien nicht vorhanden. Am Mons veneris und in den Achselhöhlen fehlt die Behaarung, während die Kopfhaare und Augenbrauen nichts Abnormes zeigen.

In dem ersten Jahre der Beobachtung war eine auffallende Veränderung in der Ausbreitung des Krankheitsbildes nicht beobachtet worden, wohl aber in dem lokalen Aussehen desselben. So wechselte die Nuancierung der geröteten Partien häufig ohne bekannten äußeren Anlaß; bald waren dieselben sehr intensiv blaukarmoisinrot, bald blasser. Verstärkt wurde dieser wechselnde Eindruck durch kommende und verschwindende urtikariaähnliche Erscheinungen, die mit stärkerem Jucken und Brennen einhergingen. Dazwischen traten dann an den diffus cyanotischen Bezirken helle, ziegelfarbene Flecken auf, ähnlich wie sie bei venöser Kältestauung an den Streckseiten der Hände und Unterarme zu finden sind. Dieser Wechsel trat oft im Laufe von wenigen Tagen ein.

Zu Zeiten solch starker Hyperämie konstatierte man auch durch Palpation gewisse Veränderungen. Man hatte dann an den konfluierten Partien das Gefühl größerer Rauhigkeit. Die Haut sah gleichsam lichenifiziert aus. Trotzdem bestand keine Infiltration, denn durch Faltenaufheben einen Unterschied in der Dicke zwischen kranken und gesunden Partien nachzuweisen, war nicht möglich. Nur die Rauhigkeit der Oberfläche gab einen Anhaltspunkt, welche Gegenden man gerade abtastete.

Patient selbst gab an, daß mit den Rötungen eine etwas größere Spannung als gewöhnlich einherging.

Daß während dieser oben genannten hyperämischen Zustände ein entzündlicher und leicht infiltrierender Prozeß in der Haut sich abspielte, das bewiesen die sich an die Hyperämien anschließenden deutlichen Schuppungen und der Umstand, daß man durch geeignete milde Salbenbehandlung Hyperämie, Spannung und Schuppung beseitigen konnte.

In dem oben geschilderten Zustande wurde der Patient 1894 auf dem Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft als ein Fall von „Vitiligo mit lichenoider Eruption" vorgestellt. Die weitere Beobachtung lehrte aber, daß die Bezeichnung „Vitiligo" eigentlich nicht berechtigt war; denn nach einem Jahre zeigte es sich, daß mit einem teilweisen spontanen Abheilen der geröteten Hautpartien auch wieder eine normale Pigmentierung der vorher depigmentierten Stellen eingetreten war. Die Neigung zur langsamen spontanen Abheilung hielt auch noch weiter an, und als der Patient sich 1900, also sechs Jahre nach der Kongreßdemonstration, wieder vorstellte, konnte man feststellen, daß von der vorher so charakteristischen Hautaffektion nur noch ganz geringe Reste vorhanden waren, sowohl was die lichenoiden Eruptionen als auch die Depigmentationen betraf.

Das ganze Krankheitsbild mit seiner erst später bekannt gewordenen Tendenz zur spontanen Abheilung läßt sich in keine der bekannten Krankheitsgruppen einreihen, und wir müssen dasselbe durch den beschreibenden Ausdruck „lichenoide Eruption mit Depigmentation" kennzeichnen.

Zwei verschiedene Prozesse charakterisierten das ständige Krankheitsbild: entzündliche Erscheinungen und Depigmentationen. Die Entzündungen stellten sich durch die roten, lichenoiden Eruptionen dar, die von weitem eine gleichmäßig gesättigte, dunkelrote Zinnoberfarbe aufwiesen. Bei genauerem Zusehen erkannte man aber namentlich an den jüngsten periphersten Herden, daß die diffuse Rötung aus einzelnen

ganz kleinen, flachen Effloreszenzen bestand, die hin und wieder kleine, schwer entfernbare Schüppchen trugen.

Die Bezeichnung „lichenoid“ bei dem Krankheitsbilde wurde gewählt, weil die Effloreszenzen kleine, in die Haut eingelagerte, über dieselbe nur wenig vorragende Knötchen waren, die bei dichter Aneinanderlagerung das Bild der Lichenifikation darboten und wie alle mit entzündlicher Infiltration einhergehende Prozesse eine Schuppung verursachten.

Die entzündlichen Erscheinungen des Krankheitsbildes waren nun umgrenzt von einer schmalen Zone depigmentierter Haut. Wie schon erwähnt, hatte man diese Depigmentation, als man die Neigung derselben zur Restitution noch nicht kannte, als eine „Vitiligo“ aufgefaßt, obgleich die bizarren, unregelmäßigen Begrenzungslinien und das Fehlen der Dunkelfärbung beim Übergang in die normale Haut schon damals als sehr eigentümlich bei einer Vitiligo hervorgehoben wurde. Diffuse Hyperpigmentationen waren wohl vorhanden, besonders auf dem Rücken, jedoch waren dieselben mit den Depigmentationen kaum in Zusammenhang zu bringen.

So eigenartig schon das Aussehen dieser depigmentierten Zone war, um so merkwürdiger wurde dieselbe noch durch die Betrachtung des mikroskopischen Bildes.

Den lichenoiden Effloreszenzen entsprachen hier sowohl nach dem Bindegewebe als auch nach dem Epithel zu ziemlich scharf abgesetzte Massen von Infiltrationszellen. Die Papillen waren hier stark verbreitert, die Retezapfen aber unverändert. In dem darüber liegenden Epithel fehlte das Pigment vollständig. Verfolgte man eine solche lichenoide Stelle im mikroskopischen Bilde nach der Peripherie, also die Gegend, die der makroskopisch depigmentierten Zone und dem weiteren Ausbreitungsgebiet der Krankheit entsprach, so sah man hier über leicht verbreiterten und leicht entzündlich infiltrierten Papillen ein sehr pigmentarmes Epithel. Geringe entzündliche Erscheinungen hatten hier also schon bedeutende Pigmentveränderungen hervorgerufen. Die auf die depigmentierte Zone folgende normale Haut zeigte keine Abnormitäten bezüglich der Pigmentation.

Durch das mikroskopische Bild waren wir also in der Lage, den schon makroskopisch sichtbaren Zusammenhang zwischen der lichenoiden Eruption und der Depigmentation zu ergründen. Es hatte sich herausgestellt, daß beim ersten Einsetzen der entzündlichen Erscheinungen, die sich makroskopisch weiter noch nicht dokumentierten, schon der Schwund des Pigmentes einsetzte. Der Vorgang ist noch um so merkwürdiger, als wir hiefür in der ganzen Hautpathologie kein Analogon finden. Wir kennen wohl entzündliche Prozesse, die mit Depigmentation einhergehen, aber der Fall liegt doch dann immer so, daß die Depigmentation gewissermaßen einen Folgezustand des entzündlichen Prozesses vorstellt.

Als einen solchen Fall können wir auch den von Pinkus publizierten Fall „Vitiligo nach Abheilung einer lichenoiden Eruption“ (Dermatologische Zeitschrift, 1902, 7) anführen. Die Depigmentation trat hier erst in dem Momente auf, als die Affektion, ein Lichen chronicus Vidal, abzuheilen begann, während im progredienten Stadium der Krankheit von einer Depigmentation nichts wahrzunehmen war. Diese Depigmentation in dem Falle von Pinkus ist also in eine Reihe mit den anderen nach Abheilung von entzündlichen Prozessen entstehende Depigmentationen zu stellen. Die bekanntesten Beispiele hiefür sind ja das Leukoderma syphiliticum und Leukoderma psoriaticum. Im Gegensatze hiezu war es bei unserem Falle merkwürdig und eigentümlich, daß Entzündung und Depigmentation koinzidierte, daß die Depigmentation gewissermaßen ein Symptom des Krankheitsbildes darstellte.

Die Eigenart dieses an und für sich schon merkwürdig bunten Krankheitsbildes wurde in dem klinischen Aussehen noch gesteigert durch eine besondere, zweifellos vorhandene Labilität des Tonus der oberflächlichen Hautgefäße. Auf die dadurch bedingte, bald venös cyanotische, bald zinnober- oder ziegelrote Färbung und auf die darauf

zurückzuführenden urtikariellen Eruptionen, die auch an gesunden Hautstellen auftraten, ist in der klinischen Beschreibung schon hingewiesen worden. Selbstverständlich prägten sich derartige vasomotorische Phänomene in entzündlich veränderter Haut und in den depigmentierten Bezirken noch viel merkwürdiger und auffallender aus als in einer gesunden Haut.

Zum Schlusse können wir das ganze Krankheitsbild noch einmal kurz dahin resumieren, daß es sich um eine entzündliche, an Lichen ruber erinnernde peripher sich verbreitende Hauteruption gehandelt hat, die lokal mit Depigmentationen eng verknüpft und allgemein mit vasomotorisch-hyperämischen Phänomenen vergesellschaftet war. Während des weiteren Verlaufes trat Tendenz zur spontanen Heilung und vollständiger Ausgleich der Depigmentationen ein.

Was die Abbildungen betrifft, so ist die farbige die Reproduktion einer Moulage aus dem Jahre 1900, also aus einer Zeit, in der das Krankheitsbild schon bedeutend im Rückgange war. Die schwarze Tafel ist nach Photographien aus dem Jahre 1893 hergestellt und zeigt die Krankheit noch in ihrer vollkommenen Ausbreitung. Mit *r* sind die geröteten Hautpartien, mit *d* die normal oder etwas hyperpigmentierten Bezirke bezeichnet.

Christoph Reisser's Söhne, Wien V.



11.

CONRAD SIEBERT

Dermatitis lichenoïdes cum depigmentatione.

ban & Schwarzenberg in Berlin u. Wien.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

ATLAS DER HAUTKRANKHEITEN

mit Einschluß der

WICHTIGSTEN VENERISCHEN ERKRANKUNGEN

für

PRAKTISCHE ÄRZTE UND STUDIERENDE.

Von

Prof. Dr. E. Jacobi

Direktor der Dermatologischen Universitätsklinik zu Freiburg i. Br.

Mit 159 farbigen und 2 schwarzen Abbildungen auf 86 Tafeln.

Preis broschiert M 27.— = K 32.40, Halbfranz geb. M 32.— = K 38.40.

SUPPLEMENT

zum

ATLAS DER HAUTKRANKHEITEN

mit Einschluß der

WICHTIGSTEN VENERISCHEN ERKRANKUNGEN.

Von

Prof. Dr. E. Jacobi

Direktor der Dermatologischen Universitätsklinik zu Freiburg i. Br.

76 farbige Abbildungen auf 40 Tafeln nebst erläuterndem Text.

Preis broschiert M 13.— = K 15.60, Halbfranz geb. M 16.— = K 19.60.

Dieses Supplement zu dem wohl jedem Arzte bekannten Jacobischen Atlas ist in der gleichen Ausführung hergestellt wie das Hauptwerk. Letzteres erschien innerhalb Jahresfrist in zwei Auflagen und verdankt diesen für ein derartiges Werk ungewöhnlichen Erfolg nicht nur der außerordentlichen Schönheit seiner Tafeln, sondern in erster Linie der Naturtreue der einzelnen Figuren. Der große Beifall, der von allen Seiten dem Atlas gezollt wurde, ist eine Bestätigung der begleitenden Worte Geh.-R. Neissers (Breslau): »daß Besseres, Naturgetreueres, so unmittelbar Wirkendes noch kein Atlas geboten« habe.

DIE

BEHANDLUNG DER SYPHILIS.

Von

Prof. Dr. M. von Zeißl

Abteilungsvorstand des Kaiser-Franz-Josef-Ambulatoriums in Wien.

Mit 2 Figuren. — Preis: 2 M = 2 K 40 h.

LEHRBUCH DER UROLOGIE

mit Einschluß der

MÄNNLICHEN SEXUALERKRANKUNGEN.

Von

Prof. Dr. Leopold Casper in Berlin.

Mit 187 Abbildungen.

Preis: 14 M = 16 K 80 h geh., 16 M = 19 K 20 h geb.

Das Werk, ein beredtes Zeugnis von der wissenschaftlichen Bedeutung und der reichen praktischen Erfahrung seines Autors, verdient, in den weitesten Kreisen Verbreitung zu finden. Die Ausstattung ist musterhaft. (Monatsberichte für Urologie.) — Das Buch ist nicht nur dem praktischen Arzte, der sich einen Überblick über das Gesamtgebiet verschaffen will, sondern auch denjenigen zu empfehlen, welche anfangen, sich spezialistisch darin auszubilden. (Berliner klinische Wochenschrift.)

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

ENZYKLOPÄDIE
DER
MIKROSKOPISCHEN TECHNIK
MIT BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG DER FÄRBELEHRE.

Herausgegeben von

Prof. Dr. Paul Ehrlich, Geh. Medizinalrat und Direktor des königlichen Institutes für experimentelle Therapie zu Frankfurt a. M.; **Dr. Rudolf Krause**, Professor an der Universität Berlin; **Dr. Max Mosse**, Assistent an der medizinischen Poliklinik der Universität Berlin; **Dr. Heinrich Rosin**, Professor an der Universität Berlin; **Prof. Dr. Karl Weigert**, Geh. Medizinalrat und Direktor des Dr. Senckenbergischen pathologisch-anatomischen Institutes zu Frankfurt a. M.

2 Bde. Preis: 35 M = 42 K geh., 40 M = 48 K in 2 Halbfranzbdn. geb.

Das Werk liegt nunmehr in seiner Gesamtheit vor uns und zeigt uns erst jetzt in vollstem Lichte, welcher Mangel in der Literatur über mikroskopische Technik bisher bestanden und welchen literarischen Schatz wir in dem Werke bekommen haben. (Zentralblatt für Chirurgie.) — Das Werk wird ein unentbehrliches Hilfsmittel für jeden sein, der mit mikroskopischer Technik in weitestem Sinne zu tun hat. (Münchener medizinische Wochenschrift.)

HANDBUCH
DER
SPEZIELLEN PATHOLOGIE UND THERAPIE
INNERER KRANKHEITEN.

Von

Dr. Hermann Eichhorst

o. ö. Professor der speziellen Pathologie und Therapie und Direktor der medizinischen Universitätsklinik in Zürich.

Sechste, umgearbeitete und vermehrte Auflage.

4 BÄNDE.

Erster Band: **Krankheiten des Zirkulations- und Respirationsapparates.**
VIII und 808 Seiten. — Mit 193 Illustrationen.

Zweiter Band: **Krankheiten des Verdauungs-, Harn- und Geschlechtsapparates.**
XII und 975 Seiten. — Mit 121 Illustrationen.

Band 3 und 4 sollen in möglichster Kürze folgen.

Preis für jeden Band: 15 M = 18 K geh., 17 M 50 Pf. = 21 K Halbfranz geb.

Das Werk des berühmten Züricher Klinikers gehört längst zu den anerkannten Zierden der modernen Lehrbücher-Bibliothek. Jede neue Auflage bringt weitere Vervollkommnungen in der Darstellung, entsprechend den immer reicheren Erfahrungen des Verfassers und den Fortschritten der Wissenschaft, deren neuere Errungenschaften allenthalben auf das genaueste berücksichtigt werden. (Berliner klinische Wochenschrift.)

Christoph Reisser's Söhne, Wien V.

T81
I26

Fasc. II. Tab. IX XVI.

LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD STOR
T81 .I26
Ikonographia dermatologica : Atlas selte
24503367422

IKONOGRAPHIA DERMATOLOGICA.

Atlas seltener, neuer und diagnostisch unklarer Hautkrankheiten.

Atlas des maladies rares de la peau.

An Atlas of New and Rare Skin Diseases.

Tabulae selectae

adjuvantibus

de Amicis, Tommasn (Napoli); Balzer (Paris); Bayet (Bruxelles); Bertarelli, Ambr. (Milano); Besnier, Ernest (Paris); Boek, Caesar (Christiania); Brocq, L. (Paris); Bronson, B. Edward (New York); Brooke, H. G. (Manchester); Crocker, H. Radcliff (London); Danlos (Paris); Darier, J. (Paris); Doutrelepont, J. (Bonn); Dubreuilh, W. (Bordeaux); Ehrmann, S. (Wien); Finger, Ernest (Wien); Fordyce, John A. (New York); Fournier, Alfred (Paris); Fox, T. Colcott (London); Galloway, James (London); Gaucher, E. (Paris); Hallopeau, H. (Paris); Harttung, W. (Breslau); Herxheimer, K. (Frankfurt a. M.); Hyde, James N. (Chicago); Jackson, George F. (New York); Jacquet, L. (Paris); Jadassohn, Josef (Bern); Jamieson; Allan (Edinburgh); Klingmüller, Viktor (Kiel); Kreibich, Karl (Prag); Lassar, Oskar (Berlin); Lesser, Edmund (Berlin); Lustgarten, Sigmund (New York); v. Marschalko, Th. (Klausenburg); Mendez da Costa, S. (Amsterdam); Merk, Ludwig (Innsbruck); Morris, Malcolm (London); Oltramare, H. (Genf); Pawlow, F. P. (Petersburg); Pellizzari, Celso (Florenz); Perry, Cooper (London); Petrini-Galatz (Bukarest); Pick, Ph. J. (Prag); Pospélow, Alexis (Moskau); Rasch C. (Kopenhagen); Riehl, G. (Wien); Rille, J. H. (Leipzig); Róna, S. (Budapest); Selenew, Iwan (Charkow); Smith, Walther G. (Dublin); Sommer, B. (Buenos Aires); Stelwagon, Henry W. (Philadelphia); Thibierge, Georges (Paris); Unna, P. G. (Hamburg); Welander, E. (Stockholm); White James C. (Boston); Wolff, A. (Straßburg); Wolters, M. (Rostock)

editae a

Albert Neisser
Breslau.

Eduard Jacobi
Freiburg i. Br.

FROM THE LIBRARY OF DR. LOUIS ERNST SCHMIDT, CHICAGO, ILL.

Urban & Schwarzenberg.
Berlin und Wien.
1907.

Masson & Cie.
Paris.

Rebman Limited
London.

Rebman Company
New York.

INDEX.

Published February 15, 1907. Privilege of copyright in the United States reserved under the Act approved March 3, 1905, by Urban & Schwarzenberg, Berlin.

Diskussionsbemerkungen zu den in Heft I der Ikonographia veröffentlichten Fällen.

Zu Tab. III, Fig. 5, der Ikonographia (H. G. Brooke, Varus nodulosus).

Sowohl aus der Abbildung als aus der Beschreibung des von Brooke mitgeteilten Falles von Varus nodulosus scheint sich die Möglichkeit einer Identifizierung dieses Krankheitsbildes mit der von Kaposi als Acne teleangiectodes seu myxomatodes bezeichneten Affektion zu ergeben. Die so zahlreich auf der Haut des Gesichtes verstreuten, insbesondere in der Augenbrauenregion und in der Gegend der Nasolabialfurche dicht angeordneten lupusähnlichen Knötchen, von welchen einige einen zentralen weißlichen Reflex zeigen, entsprechen ganz dem Bilde der Acne teleangiectodes (cf. das diesbezügliche Bild im Kaposischen Atlas, sowie die meiner Publikation im Arch. f. Derm. u. S., Bd. 72, beigefügte Photographie). Auch die beschriebenen „halbdurchscheinenden Knötchen, auf welchen sich zuweilen Teleangiektasien entwickeln und die aussehen, als ob sie eine klare seröse oder sogar eitrig getrübte Flüssigkeit enthielten, die deprimierten, zeitweise pigmentierten Narben", endlich das histologische Bild mit dem tuberkelähnlichen Aufbau und der „myxomatösen" Degeneration, stimmen vollkommen mit den Befunden bei Acne teleangiectodes überein.

WIEN, Juni 1906.

Dr. Walther Pick.

Diskussionsbemerkungen zum Inhalt des vorliegenden Heftes erbitte ich an meine Adresse.

Freiburg i. Breisgau, Februar 1907.

Prof. E. Jacobi.

FROM THE LIBRARY
OF
Dr. LOUIS ERNST SCHMIDT,
CHICAGO, ILL.

Lichen, Ekzema scrophulosorum et Lichen atrophicans in scrophuloso cum depigmentatione.

Von Professor Dr. S. Ehrmann-Wien.

Tab. IX, Fig. 12.

Der Fall betrifft den 28 Jahre alten Hilfsarbeiter Franz W., auf meiner Abteilung aufgenommen am 6. Jänner 1906.

Anamnese. Vor 5 Jahren soll Patient wegen Ulcus durum durch drei Wochen im Nürnberger Krankenhause mit 18 Einreibungen behandelt worden sein. Im August 1903 trat Schwellung und Abszeß im Hodensack auf, gegen welche er im Krankenhaus zu Nürnberg und zum zweitenmal im Ansbacher Krankenhause im Jänner 1904 in Narkose operiert wurde. Wegen desselben Leidens war er bis Ende April im Linzer Krankenhause, später stellte sich ein diffuser Ausschlag, besonders auf Brust und Rücken ein, seit Februar l. J. ein eiternder Hohlgang auf der linken Brusthälfte, der sowie der Hodenabszeß im März im Welser Krankenhause ausgekratzt und drainiert wurde, im August d. J. drei Wochen auf der Klinik Finger wegen des in der Moulage reproduzierten Ausschlages, welcher durch die Freundlichkeit des Herrn Professors Finger für mich kopiert wurde, den ich auch in vivo sah, und bei dem die Diagnose Ekzema scrophulosorum gestellt wurde.

Aus der von Herrn Professor Finger freundlichst zur Verfügung gestellten Krankengeschichte sei folgendes angeführt: Auf der Haut des behaarten Kopfes Seborrhoe. Die gesamte Körperhaut leicht ichthyotisch, auf der Beugeseite beider Extremitäten verdickt, von Furchen durchzogen, gefaltet, hellrot, trägt Schuppen und Borkenauflagerungen. Die so veränderten Hautpartien setzen sich radial und ulnarwärts scharf ab, gegen den Oberarm schlingen sie in größeren unregelmäßigen Plaques, die stellenweise normale Haut zwischen sich lassen, ab, markieren sich aber von dieser durch scharfe Grenze. Die Haut der Flachende der Fußsohlen analog verändert, nur reichlicher von Rissen durchzogen, in denen der nässende Papillarkörper bloßliegt.

In beiden Axillen ähnliche Veränderungen, nur mit intensiverer Wucherung, so daß die Haut in den ergriffenen Partien ein warziges Aussehen erhält. Die Haut der seitlichen Thoraxwandung unterhalb der Mamille in je flachhandgroßer Ausdehnung analog verändert wie die Beugeflächen der Arme, doch sind hier Inseln scheinbar normaler und leichter pigmentierter Haut eingeschlossen. Analoge Veränderungen in der Brust- und Lendengegend, über dem Kreuzbein etwa 2—3 breite analog veränderte Hautpartien mit reichlicher Borkenbildung. Vereinzelte, teils einzelstehende, teils konfluierende Herde auf den übrigen Thoraxpartien, auf dem Sternum, den Schultern, im Abklingen begriffen in den Kniekehlen, nirgends deutliche Knötchen

nachweisbar. Sämtliche Zehen- und Fingernägel rissig, mißfärbig, Nagelbett und Fingerbeere entzündlich verändert. Am 27. Juni an der Bauchhaut vereinzelte follikuläre Effloreszenzen in normaler Haut. Eine Probeexzision wird verweigert.

Der Status bei der Aufnahme auf meine Abteilung, erhoben am 8. Jänner, war folgender:

Der Patient ist von mittlerer Körpergröße, die Muskulatur ist relativ schwach entwickelt, mit entsprechendem Fettpolster. Auf dem behaarten Kopf in der Nähe des Hinterhaupthöckers zwei weiße Haarbüschel. Hinter der linken Ohrmuschel ist die Haut intensiv gerötet, zeigt eine unregelmäßig begrenzte gestrickte Narbe. Die Hautfarbe auf Hals und Nacken ist bräunlich gelb, diese Färbung ist mit bogenförmigen nach unten konkaven Linien gegen den Stamm begrenzt. Auf den Schultern und den mittleren Thoraxpartien zeigt die Haut einen etwas helleren Farbenton, ist aber noch immer viel dunkler als die sonstige Körperfarbe, z. B. der Extremitäten. Das Abdomen, die Kreuzbeingegend ist so wie die Haut über beiden Schulterblättern sehr dunkel, mit einem mehr braunen Farbenton. Auf der dunkel pigmentierten Haut des Halses und Nackens sind einige unregelmäßig bogenförmig nach außen konvex begrenzte und kreisförmige ganz helle Hautpartien, deren Ränder noch stärker pigmentiert sind als die übrige Nachbarhaut. Die Kopfhaare dunkelblond, Barthaare lichtblond, die Schamhaare noch bedeutend heller. Auf der Haut der unteren Thoraxregionen, namentlich den seitlichen und Rückenpartien, sieht man reichliche, rundliche, depigmentierte, scheinbar narbige, der Spaltenrichtung der Haut parallele Stellen von Kronenstück- bis Kinderflachhandgröße. Sie sind im Zentrum schwach rosenrot gefärbt, außen weiß und von einem dunkler bräunlichen Pigmentsaum umgeben. Auf den depigmentierten Hautpartien finden sich violette bis bräunlichrote, hanfkorn- bis linsengroße, flache Infiltrate, welche den Eindruck von Knötchen machen und stellenweise zusammenhängen. Sie ragen über das umgebende Hautniveau nur wenig hervor. Die Epidermis ihrer Oberfläche ist gefältelt, schuppend, bei den frischen Herden ist das außerordentlich deutlich zu sehen. Die frischen blauroten Infiltrate bilden stellenweise ein an eine Cutis marmorata erinnerndes Netz, und nur dadurch, daß dasselbe durch die trockene und schuppende Epidermis gefältelt erscheint, bekommt man auch da den Eindruck isolierter Knötchen.

An einzelnen der entfärbten Hautflächen, besonders in der Oberbrustgegend, und zwar in der Pasternallinie, und in der Kreuzbeingegend sind die Knötchen mohnkorn- bis linsengroß und gleichmäßig verteilt, so daß es den Anschein hat, als würden sie den Follikeln entsprechen. An anderen sieht man wiederum ebenso gleichmäßig verteilte kleinste Hautdepressionen und wiederum an anderen besonders auch in der Oberbrustgegend und unteren Halsteilen an Stelle der lividroten matt bräunliche, offenbar in Involution begriffene Knötchen.

Entsprechend der inneren Fläche des Ober- und Vorderarmes zieht sich ein die ganze Breite der ulnaren Seite einnehmendes Band, welches aus netzförmigen, braunroten, schuppenden, flachen Infiltraten sich zusammensetzt. An einzelnen Stellen dieses Netzes sieht man ganz zarte Vertiefungen, die den Eindruck seichter Narben machen und als oberflächliche ganz schmale, blaßrötliche Striegel erscheinen. Anschließend an dieses Band setzt sich die Veränderung in die Handteller fort, immer breiter werdend, hier als Schwiele mit zart lividroter Verfärbung, mit Schuppung und Verdickung der Epidermis, das Bild eines keratotischen Ekzems darbietend. Die

Fingernägel sind matt, längsgerifft, am freien Ende als auch auf der Fläche selbst sich aufblätternd und in Lamellen sich auflösend. Die Farbe, je nachdem der Nagel an seiner Unterlage anliegt oder nicht, rötlichweiß oder bräunlichgelb. Die Zehennägel sind verdickt, brüchig mit Längsspalten, erdfarben. In der Gesäßgegend sowie an der Beugeseite des linken Oberschenkels zwei längsovale, an der Peripherie zart pigmentierte, im Zentrum fein gefältelte, an einzelnen Stellen auch livid erscheinende, ausgeheilten syphilitischen Ulzera entsprechende Narben.

Entsprechend der sechsten linken Rippe, und zwar ihrem mittleren Anteil, ist die Thoraxhaut dunkelblau verfärbt und zeigt eine ungefähr zehnhellerstückgroße, am Rande verdickte trichterförmige Einziehung, welche an der Rippe festhaftet. Aus dem Grunde entleert sich eine dünne, gelbliche, hie und da von Krümelchen durchsetzte Flüssigkeit. Die Knochensonde gelangt durch die Öffnung auf rauhen Knochen.

Das Skrotum in hohem Grade deformiert, in seinem oberen Drittel eine, beide skrotalen Hälften umfassende Einschnürung, welche es in zwei ungleiche Teile teilt, von denen der obere kürzer und breiter, der untere länger und schmäler ist. Die Haut des Skrotums ist ödematös, livid verfärbt, stellenweise hart, der Fingerdruck bleibt nicht stehen. Hoden und Nebenhoden sind nicht zu finden, auf dem linken Anteile des Hodensackes finden wir an der Einschnürungsstelle ein unregelmäßig begrenztes, von derben Rändern umsäumtes Geschwür. Die Geschwürsfläche ist teils hellrot, teils speckig belegt und torpid granulierend.

Auf dem Mons veneris und in der Genitekruralfalte beiderseits wulstige Erhebungen der Haut, livid, blaurot verfärbt, morsch, bei Druck krümeligen Eiter entleerend, aus Hautfisteln, von welchen einige nach abwärts gerichtete Spalten darstellen und rein granulieren. Außerdem findet man erbsen- und bohnengroße, fluktuierende, von matscher livider Haut bedeckte Erhebungen, einzelne perforiert, entleeren krümeligen Eiter.

Es konnte keinem Zweifel unterliegen, daß wir es hier, trotz der Vorgeschichte des Patienten, nicht mit Erscheinungen der Syphilis zu tun haben, denn schon der frühere Zustand auf der Klinik Finger, nämlich unregelmäßig verteilte, flache, kleinste krustige Knötchen und nässende Stellen, ist mit Rücksicht auf die zahlreichen skrofulösen Haut- und Knochenabszesse als Lichen und Ekzema scrophulosorum gedeutet worden. Das Bild hatte sich hier wohl geändert, es waren die Effloreszenzen nicht mehr von Krusten bedeckt, auch nicht nässend, sondern von schuppender Epidermis gedeckt und gruppiert. Es konnte das Bild mit keinerlei luetischer Form in Übereinstimmung gebracht werden. Trotzdem unterzog ich den Patienten einer mäßigen Quecksilberbehandlung, indem ich zu derselben mit Rücksicht auf den Zustand des Patienten ein Arsen-Quecksilberpräparat, das Enesol, wählte. Dreißig Injektionen von je 1 cm^3, einer einprozentigen Lösung brachten keine Veränderung in das Krankheitsbild. Erst die bei Lichen scrophulosorum so prompt wirkende Einpackung in Lebertran und innere Darreichung von Lebertran brachte deutlichen Rückgang der Erscheinungen. Jene Vitiligoplaques, in welchen kleinste Knötchen vorhanden waren, boten dann das Bild einfach entfärbter Hautpartien. Wo größere Knötchen vorhanden waren, sah man kleine narbige Depressionen. Dort, wo netzförmig konfluierte Effloreszenzen saßen, hatte die Haut ein unebenes, durch viele Depressionen narbiges Aussehen. Dagegen waren die ältesten Stellen, welche früher das letztere Aussehen dargeboten hatten, bedeutend glatter und fast normal geworden. Die Erscheinungen auf den Extremitäten und Flachhand waren fast ganz zurückgegangen, nur in der Kniekehle waren frische,

zu Streifen angeordnete, rosenrote, mohnkorngroße, anscheinend von den Haarbälgen ausgegangene Knötchen entstanden, die in toto von Pigmentsaum umgeben waren. In diesem Zustande mußte der Kranke aus äußeren Gründen entlassen werden.

Derselbe kam, wie mir Professor Finger mitteilte, noch einmal in die Klinik und bot wieder ein mehr ekzemartiges Aussehen.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte im Corium an den Stellen, wo die Knötchen saßen, umschriebene Infiltrate aus mononukleären Leukocyten, die Papillen abgeflacht, außerdem in der Umgebung der Infiltrate ein glasiges Aufgequollensein einzelner kollagener Bündel, die mit polychromem Methylenblau eine grünliche Färbung annahmen und in den älteren Plaques schon nicht mehr vorhanden waren, folglich der Resorption anheimgefallen sein mußten. Durch diese ist offenbar das zeitweilig narbige Aussehen der geheilten Stellen bedingt gewesen, der Verlust wurde durch junges Bindegewebe ersetzt. Tuberkelknötchen wurden nicht gefunden, auch keine Plasmom.

Diagnose. Bei der Diagnose konnte man von bekannten Hauterkrankungen nur an ein kleinpapulöses Syphilid, an Lichen planus atrophicans und Lichen scrophulosorum denken.

Gegen Lichen planus sprach vor allem das Bild, welches die Erkrankung am Anfange bot, als der Patient auf der Klinik Finger lag (siehe Moulage), dann der Umstand, daß gerade dort, wo Knötchen saßen, das Pigment schwand, während wir bei Lichen planus gewöhnt sind, dort eine starke Pigmentierung wahrzunehmen. Außerdem hatte man nicht die typischen primären Lichenknötchen. Nur der Befund auf dem Oberarm und der Flachhand hatte sehr entfernte Ähnlichkeit mit Lichen planus, aber auch hier fehlten wirkliche primäre Knötchen.

Mehr Berechtigung hätte die Annahme eines kleinpapulösen Syphilids gehabt. Erstens wegen der Anamnese, zweitens weil Entfärbungen um lichenoide syphilitische Effloreszenzen vorzukommen pflegen. Gegen Syphilis sprach aber das Aussehen der Knötchen, welche nicht die charakteristische Kupferfarbe hatten, namentlich aber die Erkrankung auf der Handfläche und den Armen; dann das histologische Bild, es fand sich kein Plasmom vor, und nicht zu allerletzt die vollständige Wirkungslosigkeit der antisyphilitischen Therapie.

Dagegen sprachen alle Erscheinungen für den Zusammenhang mit Skrofulose, von der ja in der Ostitis der Rippe und dem Skrofuloderma in der Leistenbeuge und auf dem Genitale unzweifelhafte Befunde vorlagen. Außerdem war Ekzema scrophulosorum vorausgegangen und zweifellos hat sich an Stelle der Knötchen die eigentümliche lichenoide Effloreszenz gebildet, welche nun zu sehen war. Die ursprünglich nicht vorhandene Pigmentierung, welche die von den Effloreszenzen befallene Haut freiließ, kann entweder durch die Kachexie entstanden sein, oder aber durch äußere Einflüsse, da der Kranke in der Zwischenzeit, während des Hochsommers, ein Vagabundenleben geführt hat. Wie aus den im ersten Heft der „Ikonographia" gemachten Anmerkungen von Neisser und Siebert über ihren Fall von lichenoider Eruption mit Depigmentation hervorgeht, ist letztere Erscheinung an verschiedene Prozesse gebunden. Ich selbst sah sie mit Lichen circumscriptus Vidal verbunden, ich sah sie auch bei kleinpapulösen Syphiliden. Häufig ist sie bei Psoriasis, vorausgesetzt daß die Haut früher pigmentiert war. Ich habe bei Psoriasis, bei Vitiligo und bei Leucoderma psoriaticum sowie syphiliticum nicht nur den Einfluß von Licht,

sondern auch von Röntgenstrahlen und Vesikanzien geprüft. Keiner dieser Reize konnte auf den depigmentierten Stellen eine Pigmentierung erzeugen, dagegen haben alle die pigmentierte Zwischenhaut nur noch intensiver gefärbt. Da ich auch bei reiner Vitiligo in meiner Statistik fast durchgehends entweder Störungen des Darmkanals, Eiterungen im Genitale, Tumoren, Tuberkulose der Bauchorgane, Cholecystitiden gefunden habe, und in einzelnen Fällen erst später manifest werdende Erkrankungen dieser Art, und da in mehr als 90 von 100 Fällen der Vitiligo auch Urticaria facticia ist, glaube ich mich berechtigt, eine toxische Ursache dieser Depigmentierungen anzunehmen, die in der einen Reihe von Fällen von inneren Organen, in den anderen von Hautherden ausgeht.

Zum Schlusse sei mir noch gestattet, einige Worte über die Benennung der Erkrankungsform beizufügen. Aus der Beschreibung und der Moulage geht hervor, daß es sich ursprünglich um einen Prozeß handelte, der teils aus gruppierten Knötchen, teils aus nässenden Plaques bestand und klinisch der Bezeichnung Boecks Ekzema scrophulosorum und dem Lichen scrophulosorum entsprach. Mikroskopisch konnte die Diagnose damals nicht festgestellt werden, weil der Kranke die Probeexzision verweigerte. Schon ein halbes Jahr später bestand das Exanthem ausschließlich aus einzelstehenden und konfluierenden, zu Gruppen angeordneten Knötchen auf depigmentierten Hautarealen, zwischen welchen die Haut diffus pigmentiert war. Klinisch sowie mikroskopisch betrachtet heilten die Knötchen mit Atrophie, weshalb die Bezeichnung Lichen atrophicans gerechtfertigt ist. Da jedoch das Gewebe der Knötchen selbst dem frischen Lichen scrophulosorum nicht entsprach, da Tuberkelknötchen fehlten, so könnte es sich vielleicht um einen im Rückgange befindlichen, aber nicht um einen typischen Lichen scrophulosorum handeln. Ich zog deshalb den Namen „Lichen atrophicans auf einem Skrofulösen" für die vorläufige Bezeichnung desselben vor.

FROM THE LIBRARY OF Dr. LOUIS ERNST SCHMIDT CHICAGO, ILL.



Ehrmann: Lichen atrophicans in scrophuloso cum depigmentatione, als Folge nach Lichen und Ekzema scrophulosorum (siehe farbige Tafel).



12.
S. EHRMANN
Lichen et eczema scrophulosorum et lichen atrophicus cum depigmentatione.

FROM THE LIBRARY OF Dr. LOUIS ERNST SCHMIDT, CHICAGO, ILL.

Urban & Schwarzenberg in Berlin u. Wien.

Acrodermatitis atrophicans mit sklerodermieartigen Veränderungen.

Aus der kgl. Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Berlin. (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Lesser.)

Von Dr. Wilhelm Heuck, Assistenten der Klinik.

Tab. X. Fig. 13.

Anamnese. Patientin M. B. ist eine 33 Jahre alte unverheiratete Landwirtstochter. Mutter und 6 Geschwister sind gesund. Zwei Brüder starben an Lungenleiden; Großeltern sollen auch lungenkrank gewesen sein. Hautleiden sind nach Angabe der Patientin in der Familie nie vorgekommen.

Patientin will in ihrer Jugend hochgradig blutarm gewesen sein und sich stets sehr schwach gefühlt haben. In den Kinderjahren erkrankte sie an Masern, mit 13 Jahren an Influenza, seit langer Zeit klagte sie häufig über Kopfschmerzen und zeitweise über Stiche in Brust und Herzgegend. Die Menses waren regelmäßig, frei von besonderen Beschwerden.

Patientin gibt an, daß ihr Hautleiden vor 11 Jahren begonnen habe mit einem annähernd zehnpfennigstück großen geröteten Fleck über der rechten Kniescheibe, der sich in verhältnismäßig kurzer Zeit, besonders in den ersten zwei Jahren seines Bestandes, erheblich ausbreitete, so daß bereits nach 3 Jahren der jetzige Umfang erreicht war. Über dem linken Knie und auf beiden Füßen soll sich die Hauterkrankung in derselben Weise kurz nach dem Auftreten der Affektion am rechten Knie gezeigt und dann hier die gleiche Ausbreitung genommen haben. Erst nachher wurde auch die linke Hand und noch später die rechte Hand befallen. Zeitweise empfindet Patientin etwas Jucken, Kribbeln oder Stechen an den erkrankten Stellen, besonders an den Füßen. Eine Ursache für die Entstehung des Hautleidens weiß Patientin nicht anzugeben, eine Verletzung hat sie nie erlitten; sie ist viel in freier Luft beschäftigt gewesen.

Status praesens. Patientin ist mittelgroß, in gutem Ernährungszustande, von gesunder Gesichtsfarbe. Die Schleimhäute haben leicht anämisches Aussehen. Vergrößerte Drüsen sind nirgends zu konstatieren.

Über beiden Knieen zeigt sich in ziemlich symmetrischer Weise — nur am rechten Knie in etwas größerem Umfange — eine bis über Handbreite jederseits über die Patella hinaufreichende und etwa halbhandbreit unter der Patella endende lividblaurötlich verfärbte Hautpartie, in deren Bereich die Haut etwas trockener und gerunzelt erscheint; sie sieht wie zerknittertes Zigarettenpapier aus, ist leicht in Falten abhebbar, weich und verschieblich. Unter der verdünnten Haut sieht man dilatierte Venen deutlich durchschimmern. An der Peripherie dieser atrophischen Krankheitsherde, sie bogenförmig umkreisend, verlaufen jederseits radiär zur Außenseite beider Kniee, zu dem Endpunkte der frontalen Achse der Gelenke hin, zahlreiche mehr oder weniger unter dem Niveau der umgebenden Haut gelegene, bis 1·5 *cm* breite weißlichgelbe Streifen. Deren Oberfläche ist bei einigen von glattglänzender Beschaffenheit, bei anderen wie mit Schuppen bedeckt bei leicht gefältelter Epidermis. Diese narbenartigen Streifen lassen sich mit den Fingern umgreifen und von der Unterlage abheben; man hat dabei den Eindruck, als ob eine kartenblattartige Einlagerung in der Haut gelegen wäre. Oberhalb des rechten Kniees peripher von den vertieft liegenden Streifen erheben sich in größerer, fast handbreiter Ausdehnung in der Haut gelegene flache knotige Infiltrate, die proximalwärts in die gesunde Haut in unregelmäßiger, unscharfer Abgrenzung übergehen. Die Haut über ihnen weist eine etwas hellere rötlichblaue Farbe auf, als wie sie dem atrophischen Bezirk eigen ist, und zeigt sich mit der knotigen Einlagerung verlötet.

FROM THE LIBRARY OF Dr. LOUIS ERNST SCHMIDT CHICAGO

Dieselbe blaurötliche Färbung, wie die Kniee, bietet auch die Haut der Füße im Bereiche der Fußrücken und der Knöchelgegenden dar. Die Hautveränderung reicht rechts bis etwa drei Finger breit, links bis etwa handbreit über die Knöchel hinauf. Auf beiden Fußrücken erscheint die Haut, rechts im Bereich einer fünfmarkstückgroßen Partie, links in einer etwa halbflachhand großen Ausbreitung, als eine etwas unregelmäßig begrenzte, distalwärts mit scharfem Rande vorspringende helle gelblichrote verhärtete Platte, über der die glänzende und verdünnte Haut straffgespannt, nicht faltbar und mit der Unterlage fest verlötet ist. In der Umgebung dieser sklerodermieartigen, besonders links fast bretthartem Bezirke ist die Haut dunkel livid verfärbt und deutlich atrophisch gerunzelt. In der unteren Hälfte des linken Unterschenkels, an dessen inneren und hinteren Flächen, finden sich unregelmäßig zerstreut einige linsen- bis bohnengroße, rundliche und leicht vertiefte Stellen, über denen die Haut einen eigentümlich glänzenden, am Rande meist leicht abgehobenen Überzug aufweist, der wie Fischschuppen oder eingetrocknetes Collodiumhäutchen aussieht.

Auf beiden Handrücken ist die Haut über den Metacarpophalangealgelenken des Zeige- und Mittelfingers, in mäßigem Grade auch des vierten und fünften Fingers, jederseits lividrötlich verfärbt und gefältelt.

Die Haut über dem rechten Ellenbogengelenk sieht normal aus, über dem linken Ellenbogen fällt hingegen eine leichte Rötung und minimale Runzelung auf.

Der Blutbefund bei der Patientin ist normal. Der Urin ist frei von Eiweiß und Zucker. Die Untersuchung der inneren Organe ergibt normale Verhältnisse. Eine genaue Untersuchung des Nervensystems läßt keine krankhaften Störungen nachweisen.

Eine Excision zwecks histologischer Untersuchung wurde von der Patientin nicht gestattet.

In dem vorliegenden Krankheitsbilde handelt es sich um einen Prozeß, der an den Enden der Extremitäten lokalisiert ist und Neigung zu zentripetalem Fortschreiten zeigt. Er setzt offenbar mit einer eigentümlichen knotigen Bildung im Bereich der Cutis ein, wie sie sich deutlich oberhalb des rechten Kniees zeigt. Diese in der Haut bestehende knotige Form der Infiltration erinnert am meisten an die Infiltration, wie sie sich als Vorstadium der Sklerodermie darbietet. Die weitere Ausbreitung der Affektion führt nun offenbar durch Konfluenz der Knoten und Sklerosierung der Oberfläche — teilweise jedenfalls — zu Veränderungen, welche ebenfalls große Ähnlichkeit mit Sklerodermie haben.

Die Art der Atrophie der Krankheitsherde stimmt jedoch nicht mit der bei der Sklerodermie beobachteten Hautatrophie überein; die Beschaffenheit der atrophischen Haut, ihre Farbe, die Lokalisation der Krankheitsherde und die Art der Ausbreitung entsprechen ganz dem von Herxheimer und Hartmann unter dem Namen der „Acrodermatitis chronica atrophicans" genau skizzierten und besonders hervorgehobenen Krankheitsbilde.

Es bestehen also in diesem Falle nebeneinander Erscheinungen von Acrodermatitis chronica atrophicans und sklerodermieartige Veränderungen. Bei der Frage, wie das Krankheitsbild in toto aufzufassen ist, läßt sich erwägen, ob es sich um eine Sklerodermie handelt mit ungewöhnlichem Ausgang in jene der Acrodermatitis eigentümliche Atrophie, oder, ob ein seltener Fall von Acrodermatitis vorliegt mit einer abnormen, knotenartigen Form der Infiltration im Initialstadium, die dann teilweise über ein sklerodermieartiges Vorstadium in das der Acrodermatitis eigentümliche atrophische Endstadium übergeht. Mit Rücksicht auf die Lokalisation des Prozesses, die zentripetale Ausbreitung der Affektion und den Ausgang in jene charakteristische Atrophie möchte ich den Krankheitsfall als eine Acrodermatitis chronica atrophicans auffassen, die hier in ihrem Verlauf sklerodermieartige Stadien aufweist.

Derartige von sklerodermieartigen Veränderungen begleitete Formen der Hautatrophie sind wiederholt beobachtet. Lesser weist auf sie bereits in der ersten Auflage seines Lehrbuches der Hautkrankheiten hin. Bruhns berichtet über einen Fall, den er

in der Berliner Univ.-Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten beobachtete (Charité-Annalen, XXV. Jahrg. 1900) und führt zwei ähnliche Fälle an, die in der Moskauer dermatologischen Gesellschaft von Nikulin und Metscherski vorgestellt wurden. Herxheimer erwähnt in seiner Arbeit über die Acrodermatitis (Fall II) einen Patienten, bei dem er zuerst die Diagnose auf Sklerodermie, nachher auf Acrodermatitis chronica atrophicans gestellt habe. W. Pick demonstrierte einen ähnlichen Fall auf der Naturforscher- und Ärzteversammlung in Karlsbad 1902. Hoffmann zeigte in der Berliner dermatologischen Gesellschaft (Sitzung vom 3. Februar 1903) einen Fall von Acrodermatitis chronica atrophicans, bei dem die Haut beider Fußrücken eine eigentümliche, an Sklerodermie erinnernde Härte aufwies, und in der Diskusssion erwähnte Ledermann einen gleichen von ihm früher in der dermatologischen Gesellschaft als Sklerodermie mit Ausgang in eine eigentümliche Hautatrophie bezeichneten Krankheitsfall.

Bezüglich der Ätiologie sind bei meiner Patientin keine sicheren Anhaltspunkte gegeben. Da die Patientin nach ihrer Angabe durch Beschäftigung im Freien schädlichen Einflüssen von Wetter und Kälte und schnellem Temperaturwechsel jedenfalls häufig ausgesetzt war, ist eine ätiologische Beziehung ihrer Erkrankung zu derartigen schädlichen Einwirkungen natürlich nicht ganz von der Hand zu weisen.

Therapeutisch wurden neben Arsenverabreichung und Thiosinamin als Injektion und Pflaster rein symptomatische Maßnahmen angewandt, ohne, daß es bisher gelungen ist, das langsame Fortschreiten des Leidens zu verhindern.



13.
WILHELM HEUCK
Acrodermatitis atrophicans cum sclerodermia.

FROM THE LIBRARY
OF
Dr. LOUIS ERNST SCH...
CHICAGO

Urban & Schwarzenberg in Berlin u. Wien.

Sur un cas d'oedème, énorme et brusque, du membre supérieur droit.

Dr. Lucien Jacquet
médecin de l'hôpital St. Antoine.

Tab. XI. Fig. 14.

Le Dermatologue ne doit pas se désintéresser de ce qui se passe dans le sous-sol dermique: certains troubles de ce sous-sol ont leur répercussion sur la peau; deaucoup de relations existent entre leurs affections réciproques et certaines difficultés diagnostiques, en proviennent.

C'est ce qui m'a déterminé à publier ici l'histoire d'un œdème du membre supérieur, dont l'interprétation m'embarrassa.

Je vais résumer d'abord les grands traits de cette observation, mais en priant les lecteurs de „l'Iconographia dermatologica" de vouloir bien se reporter à l'observation elle-même, qui peut-être leur suggérera une autre opinion que la mienne.

Une femme de 44 ans, petite, mais bien constituée, et de très-bonne santé apparente, est réveillée brusquement par de vives sensations de cuisson et de picotements au membre supérieur droit; elle constate que le membre est gonflé; et au matin, il dépasse de près d'un tiers le volume du gauche.[1])

La brusquerie du début, les sensations hyperesthésiques, le fait que la veille la malade avait mangé du boudin, aliment souvent toxique; l'impuissance de l'examen clinique et de la radioscopie, à déceler une cause quelconque de compression, etc. .... m'inclinèrent d'abord au diagnostic d'urticaîre géante anormale, mais non sans beaucoup de réserves. Quelques particularités ultérieures, telles que l'augmentation brusque de l'œdème, l'avant-veille et la veille des règles, l'apparition d'un erythème ortié, semblèrent confirmer cette opinion.

La suite pourtant, la longue durée, la découverte de signes manifestes de compression, montrèrent que c'était une erreur, et que l'existence d'une adénopathie médiastinale comprimant les troncs veineux était probable.

Mais il reste à comprendre l'apparition brusque de cet énorme œdème, et plusieurs autres choses encore dont cette hypothèse ne rend qu'imparfaitement compte.

Voici maintenant, aussi détaillée que possible, l'observation de ma malade.

* * *

[1]) La planche annexée à ce travail donnerait une idée insuffisante de l'énormité de cet œdème, par suite du manque de comparaison, si l'on ne la rapprochait des chiffres exprimant la circonférence comparée des deux membres supérieurs, chiffres qu'on trouvera ci-dessous.

Madame C... agée de 44 ans est adressée à la Policlinique dermatologique de l'hôpital St. Antoine par M. le Dr. Blum, chirurgien de cet hôpital, pour un œdème du membre supérieur droit, survenu bruqusement dans la nuit du 25 au 26 Décembre 1905.

Etat actuel: (29 Décembre). Le membre supérieur droit est énormément tuméfié, depuis le $^1/_3$ supérieur du bras, jusqu'au dos de la main. Les doigts paraissent indemnes.

Mensuration comparée des deux membres:

	Membre gauche		Membre droit
$^1/_3$ sup. du bras	= $24^1/_2$ *cm*	. . . . .	35 *cm*
— — de l'avant-bras	= 22 „	. . . . . .	32 „

La tuméfaction est assez dure; pourtant le doigt produit assez aisément le godet.

La coloration de la peau est d'un rose sombre; sa température est sensiblement comparable à cela du côté sain. Nulle autre trace d'œdème sur le reste du corps.

Pas de troubles sensitifs particuliers.

Un minuscule groupe herpétique à la face antérieure de l'avant-bras droit.

Pas de dermographisme appréciable.

Un groupe important de glossite exfoliatrice à petites aires, sur la face dorsale de la langue, où il est strictement localisé au côté droit.

Etat général bon; pas de troubles digestifs habituels.

Histoire de la maladie. Madame C... était fort bien portante dit-elle, lorsque dans la nuit du 25 au 26 Décembre, elle fut réveillée brusquement par de violents picotements et une vive cuisson au bras droit. Elle alluma sa lampe et constata que le dos de la main et l'avant-bras étaient rouges et gonflés.

Le lendemain matin, le membre supérieur, en son ensemble, était énorme, et plus gonflé encore, si on l'en croit, qu'aujourd'hui.

Les troubles sensitifs durèrent toute la nuit; depuis lors ils ont à peu près complètement disparu.

C'est la première fois que Madame C... présente un phénomène de ce genre. Jamais, autrefois, elle n'aurait eu de prurit, d'éruption ni d'œdème.

Le lundi soir, veille de la crise, elle avait mangé du boudin avec des lentilles, et bu un verre de vin. A la suite de ce souper nulle colique, pas de diarrhée, nul phénomène appréciable d'intoxication quelconque. Elle mange d'ailleurs du boudin, de temps à autre, sans en avoir éprouvé nul malaise. C'est deux heures environ, après le repas, que les troubles sensitifs ont apparu.

La crise est survenue dans la période intermenstruelle.

Elle n'avait jamais été malade jusqu'ici; elle se rappelle pourtant avoir eu, à 15 ou 16 ans, 2 ou 3 „crises nerveuses“ qui n'ont pas reparu.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires.

L'examen des viscères ne donne aucun renseignement appréciable.

Par contre, on trouve une polyadénopathie axillaire importante: deux ganglions comparables en volume à une grosse noisette, et trois autres plus petits. On les sent nettement au sommet et sur la paroi interne de l'aisselle droite: ils sont durs, mobiles, non adhérents entre eux, ni aux parois, absolument indolores.

Dans le triangle sus-claviculaire droit, en avant du bord antérieur du trapèze, un ganglion dur, mobile indolore, gros comme une petite noisette.

Dans l'aine droite, un groupe important de ganglions.

Du côté gauche, on trouve également à l'aisselle et à l'aine, des glandes lymphatiques, mais moins nombreuses et beaucoup plus petites.

Nul signe stéthoscopique de compression médiastinale: il semble pourtant que le réseau veineux sous-cutané soit plus développé au plan thoracique supérieur droit, qu'à la région homologue.

Examen radioscopique, pratiqué par mon collègue Béclère.

Il montre une légère adénopathie médiastine; mais pas plus développée à droite qu'à gauche, sans particularité de localisation, et ne dépassant pas, d'après Béclère, ce qu'on trouve en moyenne; chez l'adulte de cet âge.

Examin des urines.

Volume	pour 26 h	= 2100	*cm*³
Matières org.	— —	= 27·510	*gr*
— fixes	— —	= 39·795	„
— minérales	— —	= 12·285	„
Urée	— —	= 23·289	„
Azote total	— —	= 29·12	„
— de l'urée	— —	= 10·83	„
Chlorures en CL	— —	= 4·26	„
— en NaCl	— —	= 7·03	„
Sucre		néant	
Albumine		néant	

Madame C... entre dans mon service le 5 Janvier 1906 (Salle Rostan No. 21). Elle est soumise à un régime fixe et déchloruré. Comme boisson, une bouteille de bière matin et soir. Elle semble s'être pliée exactement à le régime. Mensuration du membre supérieur droit

¹/₃ sup. du bras = 35 *cm*
¹/₃ sup. de l'avant-bras = 33 *cm*.

Les jours suivants (6 au 13 Janvier) ces dimensions ont progressivement diminué jusqu'aux suivantes:

¹/₃ sup. du bras = 32 *cm*
¹/₃ sup. de l'avant-bras = 31 *cm*.

Brusquement, le 14 Janvier, Madame C... se plaint d'une nouvelle augmentation de volume. En effet

¹/₃ sup. du bras = 35¹/₂
¹/₃ sup. de l'avant-bras = 32¹/₂.

Le bras droit est d'ailleurs appréciablement plus chaud que lors du premier examen. L'œdème a augmenté surtout à la limite supérieure de l'infiltration au bras, et notamment à la partie inféro-interne de cette région. Il est resté presque stationnaire au dos de la main.

Nulle modification appréciable dans l'état général; mais Madame C... attend ses règles. Très-régulières d'habitude, elles surviennent généralement le 15, durent 5 ou 6 jours, et sont moyennement abondantes sans tronble de santé de quelque importance.

15 Janvier: les règles n'ont pas encore paru; nul phénomène réactionnel ne les fait pressentir. La pression même forte, de la région sus-pubienne est absolument indolore.

La pression des tissus et des troncs nerveux aux membres supérieurs, éveille peu de sensibilité tant à gauche, qu'à droite.

Les pupilles sont égales; les réflexes photo-moteur et accommodateur normaux. La conjonctive bulbaire droite est un peu plus vascularisée que la gauche.

Le régime semble avoir été bien suivi, sans infraction, notamment ces derniers jours.

Le volume du membre supérieur droit semble avoir encore un peu augmenté: (un ¹/₄ à ¹/₂ *cm*). Les urines, oscillent à peu près régulièrement entre 1700 et 2000 *cm*³.

16 Janvier. Les règles ont paru hier soir sans rien de particulier. Même état.

22 Janvier. Les règles sont finies depuis deux jours. Leur évolution a été normale, sans nulle réaction spéciale. Le membre supérieur droit est moins chaud que les jours précédents; et la régression de l'œdème est certaine.

¹/₃ sup. du bras = 34¹/₂
— — de l'avant-bras = 31¹/₂

25 Janvier. Madame C... a ressenti hier soir, des douleurs sourdes dans la nuque et les deux épaules. Ces douleurs, qui n'ont pas troublé le sommeil, ont reparu ce matin; les mouvements de la tête, la flexion notamment, les provoque. Le volume du membre malade a nettement augmenté depuis hier:

¹/₃ sup. du bras = 36
— — de l'avant-bras = 32¹/₂.

27 Janvier. Les douleurs ont disparu. On fait un enveloppement légèrement compressif.

30 Janvier. Le membre supérieur a notablement diminué

$^1/_3$ sup. du bras = 32
– – de l'avant-bras = $30^1/_2$.

On trouve quelques éléments urticariens au pli du coude.

Madame C... sort de l'hôpital sur sa demande.

9 Février. Madame C... rentre à l'hôpital avec d'énormes placards d'érythème ortié intéressant surtout la face antérieure du tronc à la région mammaire. Cette éruption a débuté trois jours auparavant, par des sensations lancinantes dans le sein gauche, sensations analogues d'après la malade à celles qui précédèrent l'œdème du bras.

Le sein aurait été très-tuméfié. Actuellement il ne l'est pas; mais le mamelon gauche est fissuré et suintant. Nul pausement n'y a été fait; nul médicament n'a été pris. Nulle intoxication alimentaire appréciable. Nul trouble digestif, nul trouble nerveux perceptibles. Madame C... est à la période intermenstruelle.

L'état du membre supérieur droit est resté stationnaire

$^1/_3$ sup. du bras = 33 *cm*
– – de l'avant-bras = 31 *cm*.

28 Juillet. Madame C... sortie par caprice dès le lendemain de son entrée précédente, vient à la policlinique dermatologique.

L'œdème du membre supérieur a augmenté dans des proportions considérables. (Il n'a pas été mesuré.) L'adénopathie axillaire est beaucoup plus volumineuse que précédemment. La circulation collatérale veineuse de la région thoracique supérieure droite est très-apparente. La respiration est nettement affaiblie à droite en avant et en arrière, sans souffle bronchique et sans bruits anormaux.

Nul trouble dans l'état général; nul autre œdème. Madame C... a travaillé sans interruption depuis sa dernière sortie.



Ein Fall von Lues verrucosa und Jododerma.

Aus der Kgl. Dermatolog. Univ.-Klinik in Breslau (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Neisser.)

Von Professor Dr. Viktor Klingmüller-Kiel.

Tab. XII, Fig. 15.

Hermann M. 43 Jahre, Handelsmann aus Rußland.

Anamnese. Patient stammt aus gesunder Familie, erblich nicht belastet, Vater starb im Alter von 78 Jahren an Erkältung und Husten nach einem Bruch des Armes, Mutter 76 Jahre alt, an Altersschwäche. Von den acht Geschwistern sind drei Schwestern während oder kurz nach der Entbindung gestorben; ein Bruder starb an einer Schwellung des Leibes (?). Die übrigen vier leben und sind bis auf einen magenkranken Bruder gesund. Patient selbst ist seit 1875 verheiratet, Vater von vier Kindern, von denen das eine im Alter von 20 Jahren an Blutsturz verstarb. Patient war bis zu seinem 40. Lebensjahre vollständig gesund. Im August 1895 erkrankte er an Influenza mit hohem Fieber, Abgeschlagenheit und Schmerzen in den Gliedern. An die Influenza schloß sich im Dezember 1895 eine Lungenentzündung an; im Januar 1896 ging Patient zur Ausheilung seiner Lungenentzündung nach Meran bis Anfang Mai. Während seines Aufenthaltes in Meran bildete sich auf der Stirn ein schuppender Ausschlag, ebenso auf der Streckseite und Beugeseite des Unterarmes. Zuerst entstand ein roter Fleck, der sich in der Mitte mit einer Schuppe bedeckte. Ferner waren am weichen Gaumen und an dem Zäpfchen Veränderungen vorhanden, die ein Spezialarzt in Meran mit Sublimatpinselungen und innerlich Jodkali behandelte. Wegen dieser Hautkrankheit konsultierte er auf der Rückreise in Wien Professor Kaposi in der Poliklinik. Kaposi hielt das Leiden nach Aussage des Patienten für sehr selten und soll das bei der Demonstration in der Ambulanz besonders hervorgehoben haben. Man verordnete ihm Ol. rusci mit Ol. jecoris aselli. Im Frühjahr 1896 bildeten sich also die ersten derartigen Herde, wie sie heute bestehen, zunächst auf der Streckseite der Ellenbogen, dann auf der Schulter und am Gesäß. Ende 1896 entstanden im Gesicht einzelne verstreute Herde. Nase und Lippen sind erst seit vier Monaten erkrankt. Eine Luesinfektion wird entschieden in Abrede gestellt. Das Leiden hat sich nach und nach verschlimmert und namentlich in letzter Zeit sehr schnell entwickelt.

Status. (Februar 1898.) Patient ist ein magerer, hagerer Mann von grazilem Knochenbau und flachem, länglichem Thorax. Herztöne rein. Über dem Oberlappen der rechten Lunge hört man verschärftes In- und Exspirium, vereinzelte Rasselgeräusche nach Husten. Patient zeigt einen über den ganzen Körper verbreiteten disseminierten Ausschlag. Am stärksten befallen sind Gesicht, Nacken (s. Moulage Nr. 98 der Breslauer Klinik), Gesäß und Streckseiten beider Ellenbogengelenke (s. Moulage Nr. 99 der Breslauer Klinik und Tafel XII, Fig. 15, dieses Atlasses). Der Ausschlag besteht aus Herden von Erbsen- bis Flachhandgröße, welche kreis- oder bogenförmig begrenzt sind und sich aus kleinen über die Haut erhabenen, flachen Knoten von roter Farbe zusammensetzen. Die meisten dieser Knoten, besonders am Gesäß, Nacken und den Streckseiten der Ellenbogen sind warzenartig und mit weißlichen leicht abzulösenden trockenen Borkenmassen bedeckt und bilden teils bis zu 1 *cm* die Hautoberfläche überragende höckrige Tumoren. Die abgelösten Borken sind trocken, die darunter gelegenen Effloreszenzen bluten nicht nach dem Ablösen und gleichen den Herden im Gesicht. Die Knötchen des Gesichtes sind frei von Schuppen, sind hochrot und setzen sich zu verschieden großen Herden zusammen. Namentlich Nase und Lippen sind stark befallen. Bei Glasdruck bleiben bräunliche

Pigmentflecke zurück. An den Lippen greift der Prozeß auf das Lippenrot über, ohne daß die Effloreszenzen in ihrem Charakter außer einer etwas mehr hellrötlichen Verfärbung verändert würden. Die Zunge ist in ihrem vorderen Drittel besonders rechts und hier auch in der Mittellinie weiter nach oben greifend geschwollen und besetzt mit erbsen- bis kirschkerngroßen papillären Wucherungen und Knoten, die teils zusammen geflossen sind, teils durch tiefe Einschnitte getrennt sind. In den Einschnitten findet man etwas Eiter, die Knoten selbst sind vollständig epithelisiert. Der weiche Gaumen ist fast ganz, der harte in seiner hinteren Hälfte mit dichtgedrängten oder konfluierten Knötchen besetzt, das Naseninnere ist frei. Nirgends, weder auf der Haut noch auf der Schleimhaut, sind die Knötchen ulzeriert. Vom linken Vorderarm wird ein Markstück großer Herd zur mikroskopischen Untersuchung herausgeschnitten.

Verlauf. Patient wird mit einem Tuberkulinpräparat, das der Klinik zu Versuchszwecken zur Verfügung gestellt war, in sehr schwacher und ganz langsam steigender Dosis aus therapeutischen Gründen behandelt. Die Herde wurden zunächst zur Entfernung der Schuppen mit Salizyl verbunden, später wurden einige Herde mit Pyrogalluspräparaten bis zur Geschwürsbildung, das Gesicht und die Zunge mit Sublimatpinselungen behandelt. 18. März 1898. In Narkose werden sämtliche Herde beider Beine, des linken Armes und des Gesichtes mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, teilweise mit dem Spitzbrenner nachgebrannt. Nach einigen Tagen wieder Pyrogallusbehandlung.

19. Mai. In Narkose werden sämtliche Herde ausgekratzt und später mit Pyrogallus behandelt.

3. Juni. Alle Stellen verheilt, Patient entlassen.

Im Sputum wurden bei wiederholten Untersuchungen Tuberkelbazillen nicht gefunden.

Die Diagnose wurde bei diesem Fall auf Tuberculosis cutis verrucosa gestellt, und zwar aus folgenden Gründen:

1. Die Knötchen im Gesicht glichen völlig den sogenannten Lupusknötchen, sowohl in ihrer Farbe, wie Form, wie auch in dem Zurückbleiben eines gelbbraunen Pigmentfleckes bei Glasdruck.

2. Die mikroskopische Untersuchung ergab das Vorhandensein von Epithelioidtuberkeln, welche sich aus epithelioiden, Riesen- und zahlreichen Infiltrationszellen zusammensetzten.

3. Patient litt an einer Lungenaffektion, welche als eine beginnende Tuberkulose der Lungenspitze gedeutet wurde.

4. Während der Behandlung mit dem Tuberkulinpräparat zeigten die Herde, wenn eine stärkere Temperatursteigerung vorhanden war, geringe Rötung und Schwellung, welche Symptome damals als eine, wenn auch nicht deutliche, örtliche Reaktion angesehen wurden.

An Lues wurde gedacht, aber diese Diagnose wurde ausgeschlossen, weil die Krankheit unter Jodkali, welches Patient in Meran reichlich genommen hatte, nicht abgeheilt war, und einen zu torpiden, chronischen Charakter zeigte und auch nirgends trotz so großer Ausdehnung auf Haut und Schleimhaut zur Geschwürsbildung geführt hatte.

In diesem Sinne wurde der Fall auch als Lupus des behaarten Kopfes in Lieferung 30/31, Tafel 354, des Stereoskopisch-Medizinischen Atlas und als verruköse Hauttuberkulose auf Tafel 361 derselben Lieferung beschrieben. Ferner befindet sich von dem Fall in diesem Zustand eine Abbildung in Neisser: Hautkrankheiten (Ebstein-Schwalbe: Handbuch der praktischen Medizin) als Tuberculosis cutis verrucosa.

Patient wurde am 12. Januar 1899 von neuem in die Klinik aufgenommen, da sich bald nach seiner Entlassung neue Herde an Mund und Nase, auf der Stirn und später an den Ellenbogen (s. Moulage Nr. 189 der Breslauer Klinik) gebildet hatten. Am 13. November 1899 wurden wieder sämtliche Herde mit dem scharfen Löffel ausgekratzt und später mit Pyrogallussalbe behandelt. Einzelne Knötchen auf dem Daumen, auf der Lippe und im Nasenwinkel werden mit dem Paquelin

gebrannt, andere Stellen auf der Oberlippe mit dem Argentumstift geätzt, mit dem Paquelin ausgebrannt und später mit Pyrogallussalbe behandelt.

Nach seiner Entlassung am 4. März 1899 sind bald Rezidive an den Lippen entstanden. Patient hat sich selbst behandelt, indem er die einzelnen Stellen mit einem Messerchen und dann mit dem Höllensteinstift nachätzte.

Status. (12. Februar 1901). Die Haare sind teilweise stark verfilzt und stark mit Schuppen durchsetzt. Nachdem sie abgeschnitten und die Schuppen mit Salizylöl und Salizylvaseline abgeweicht sind, sieht man, daß der ganze Kopf übersät ist mit stecknadelkopf- bis linsengroßen, braunroten, weichen, mit einer stumpfen Sonde leicht eindrückbaren oder bereits geschwürig zerfallenen Effloreszenzen. Diese ragen nicht über die Hautoberfläche hervor und sind wie eingelassen in die Haut, auf Druck bleibt ein gelblicher bis braungelber Pigmentfleck zurück. Dieselben Herde sitzen auch im Nacken, auf der Stirn und im Backenbart. Um den Mund herum papulöse warzige ziemlich derbhöckerige Wucherungen, besonders an den Mundwinkeln und von hier auf Ober- und Unterlippe übergreifend. Die Zunge ist namentlich in der rechten Hälfte mit linsen- bis erbsengroßen meist konfluierten Effloreszenzen bedeckt, zwischen denen verschieden tiefe Einrisse vorhanden sind. Am weichen Gaumen unregelmäßige Narbenbildungen (herrührend von der Behandlung mit dem Paquelin). Aus dem rechten Backenbart wird eine keilförmige Exzision gemacht. Die warzigen Stellen an den Lippen werden mit dem Messer abgetragen und mit dem Paquelin ausgebrannt, ebenso wird ein größerer Herd im linken Backenbart paquelinisiert. Auf die paquelinisierten Stellen kommt für einige Tage Pyrogallussalbe. Die Zunge wurde unter Kokainanästhesie mit dem Paquelin gebrannt. Der Kopf heilt unter Behandung mit weißer Präzipitatsalbe vollständig ab. Die mikroskopische Untersuchung des aus der Backenbartgegend herausgeschnittenen Stückes ergab denselben Befund, wie oben beschrieben.

Aufnahme am 11. Februar 1903. Nach seiner letzten Entlassung heilte alles bis auf die Zunge ab. Nach drei Monaten bildete sich ein Fleckchen an der Oberlippe, das sich allmählich vergrößerte und bald begann auch der Kopf und die Stirn wieder krank zu werden. Status 11. Februar 1903. Um den Mund herum blumenkohlartige Wucherungen von etwa $^1/_2$ *cm* Höhe, rundlicher Form, höckeriger Oberfläche, schwammiger Konsistenz, krustöser Bedeckung. Stirn, behaarter Kopf, Nacken, rechtes Augenlid, Nase, Augenwinkel und Wange teils mit vereinzelten, teils mit konfluierten Papeln bedeckt, die meist mit braungelblichen Krusten belegt sind. Auf der Stirn sind die Papeln zu einem zusammenhängenden Herde konfluiert, auf dem Kopf nur zerstreute Papeln. Im Nacken eine Gruppe konfluierter Papeln von zirzinärer Form. Verband mit Salizyl-Rizinus-Bleivaseline zur Entfernung der Krusten. 16. Februar 0·1 *mg* A. T.; 19. Februar 1 *mg* A. T.; 21. Februar 3 *mg* A. T.; 23. Februar 6 *mg* A. T. Auf alle diese Injektionen erfolgte keine örtliche Reaktion. 25. Februar. In Chloroformnarkose werden die Wucherungen an Mund und Kinn mit dem Messer abgetragen und ebenso wie die übrigen Stellen im Gesicht paquelinisiert. Von der Stirn wird eine keilförmige Exzision gemacht und teils zur histologischen Untersuchung eingelegt, teils auf vier Meerschweinchen (zwei intraperitoneal, zwei subkutan) verimpft. Die paquelinisierten Stellen werden später mit Pyrogallussalbe behandelt und nach Ausheilung unter Borvaseline wird Patient am 16. März 1903 entlassen.

Der therapeutische Erfolg der Behandlung des Kopfes mit weißer Präzipitatsalbe hatte unsere Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose „Tuberkulose“ von neuem geweckt. Patient erhielt deshalb Alt-Tuberkulin in Dosen bis zu 6 *mg*. Da auf diese keine örtliche Reaktion eintrat, so wurde noch einmal ein Stück herausgeschnitten und teils mikroskopisch untersucht, teils auf Meerschweinchen verimpft. Die Tierexperimente ergaben ebenfalls keine Anhaltspunkte für Tuberkulose, da die Meerschweinchen nach vielen Wochen starben und keine tuberkulösen Veränderungen aufwiesen.

Die histologische Untersuchung ergab folgende Veränderungen: Dichte Infiltration in der Papillarschicht, bestehend aus Plasmazellen, Lymphocyten und Leukocyten. Vergrößerung, Verbreiterung und Verlängerung der Papillen. Wucherung der Epithelzapfen dementsprechend und Abschnürung einzelner Retezapfen. Epithel durchsetzt von zahlreichen Lympho- und Leukocyten. Auflockerung des Epithels.

Schichtweise eingelagerte Haufen von Lympho- und Leukocyten zwischen die Epithelzellen in Form spindelförmiger oder rundlicher Einlagerungen. Bildung von Hohlräumen, welche von dem abgeschnürten Epithel ausgekleidet sind und Exsudat (kein Fibrin) mit Zellen enthalten. Vereinzelte Riesenzellen. An einzelnen Stellen ausgedehnte Parakeratose und Auflagerung von hohen Schuppen (Parakeratose) und Krusten.

Aus diesem Befund ließ sich eine bestimmte Diagnose nicht stellen, er sprach weder für Tuberkulose noch für Lues.

Das Ausbleiben der örtlichen Tuberkulinreaktion nach Einspritzung einer genügend hohen Dosis zwang uns, die Diagnose Tuberkulose aufzugeben, weil wir, wie schon wiederholt von uns hervorgehoben ist, noch keinen Fall von echter Tuberkulose der Haut beobachtet haben, der nicht schließlich doch auf eine genügend hohe Dosis von Alt-Tuberkulin örtlich typisch reagiert hätte.

Der Verdacht auf Lues wurde zunächst durch keine weiteren Anhaltspunkte bestätigt. Der außerordentlich chronische, über viele Jahre ausgedehnte Verlauf, das unveränderte Bestehenbleiben einzelner Herde, die fast absolute Gleichheit der Rezidive, die fehlenden Zerfallerscheinungen ließen uns immer wieder Lues ausschließen.

Es wurde zunächst auch an Arzneiexanthem gedacht. Bei nochmaliger genauer Aufnahme seiner Krankengeschichte gab uns Patient schließlich an, daß er seit dem Jahre 1896, wo ihm von einem Arzt in Meran Jodkali wegen seines Reizhustens verordnet war, dieses bis zum März 1903, also 7 Jahre lang, mit kurzen Unterbrechungen von einigen Tagen bis zu einer Woche ein bis zwei Eßlöffel täglich genommen hatte, weil es „seinen Lungen guttat".

Die Diagnose schien uns jetzt ganz klar. Der Spezialarzt in Meran hatte das Halsleiden für syphilitisch gehalten und ihm deshalb Jod verordnet. Erst nachdem Patient Jod mehrere Wochen genommen hatte, entwickelte sich der Ausschlag.

Wir faßten den Fall demnach als ein Jododerma auf. Damit schienen uns alle Unklarheiten und Zweifel beseitigt. Vor allem wurde uns jetzt klar, warum sich seit 7 Jahren immer wieder Herde von genau derselben Beschaffenheit gebildet hatten. Das paßte zwar für Tuberkulose, aber nicht für Lues. Tuberkulose schlossen wir ebenso wie Lues aus, folglich konnte es nur ein Jododerma sein.

Deshalb wurde dem Patienten Jod bis auf weiteres verboten, über die Natur seines Leidens wurde er aufgeklärt und nach einiger Zeit wiederbestellt.

Er kam aber erst am 23. Februar 1904 wieder.

Bei der letzten Entlassung waren noch vorhanden rotbraune Effloreszenzen links an der Stirn und rote Flecken auf dem Kopf und links und rechts an den Mundwinkeln. 4 Wochen nach der Entlassung begannen die roten Stellen wieder papulös und am Munde papillomatös zu werden. Vor 6–7 Wochen hat sich an der Stirn links ein Geschwür gebildet.

Status. 23. Februar 1904. Stirn: In einer unregelmäßig begrenzten, entzündlich geröteten Partie der linken Stirnhälfte sitzt ein zweipfennigstückgroßes Ulkus mit wallartigem Rand, scharfer Begrenzung und flachem, eitrig belegtem Grunde. Weich infiltriert (s. Moulage, Nr. 691 der Breslauer Klinik und Tafel XII dieses Atlasses). Kopf: Zahlreiche rotbraune, teils schuppende, teils krustöse eingelassene linsengroße weiche Herde, Infiltrat nicht nachweisbar. Gesicht: Rechts neben dem Mundwinkel zehnpfennigstückgroßer Herd, weich infiltriert, papillomatös. Nacken, Hals, Gesicht: Vereinzelte linsengroße braunrote weiche Herde. Zunge: In der vorderen Hälfte, namentlich rechts und hier auch weiter nach hinten reichend, papulöse Wucherungen wie früher beschrieben.

Trotzdem Patient inzwischen angeblich kein Jod genommen hatte, war doch wieder ein Rückfall eingetreten. Besonders ein Herd an der Stirn zeigte jetzt aber Zerfallserscheinungen, welche wir bisher nicht beobachtet hatten. Aus diesem Grunde wurde von neuem an Lues gedacht und deshalb Einreibungen gemacht.

Patient bekommt 16 Einreibungen mit Kalomelolsalbe und 20 Einreibungen mit Ungt. hydrarg. ciner. zu 5 *g*. 29. März 1904. Ohne besonderen Erfolg entlassen, soll zu Hause kein Jod nehmen und nur mit weißer Präzipitatsalbe die kranken Stellen einschmieren.

September 1904. Patient hat im Juli-August nach seiner Angabe Knochenverdickungen an der rechten Tibia mit sehr starken Schmerzen gehabt, Besserung durch Jodkali. Die Stellen sind zum Teil noch jetzt auf Druck etwas schmerzhaft, periostale Auftreibungen an der Tibiakante, sonst ist alles abgeheilt bis auf die Wucherungen an der Zunge, welche aber in der vorderen Hälfte und besonders links niedriger geworden sind. Unterhalb beider Mundwinkel sind noch die papillomatösen Wucherungen teils vorhanden, teils verheilt, teils vernarbt unter weißer Präzipitatsalbe und Argentumstift.

Die inzwischen aufgetretenen Erscheinungen, periostale Auftreibungen an den Schienbeinen, stellten jetzt endlich die Diagnose sicher. Es war jetzt kein Zweifel mehr, daß Patient Syphilis hatte. Daß die Einreibungskur keinen entsprechenden Erfolg gehabt hatte, sprach nicht dagegen, denn bekanntlich reagieren manche, namentlich lange unbehandelten und zur Verhornung neigenden Formen von Syphilis oft schwer oder gar nicht auf Einreibungen, sondern erst auf Einspritzungen unlöslicher Salze, besonders des Kalomels.

Dem Patienten wurde deshalb geraten, bald wieder zu kommen und sich zu einer energischen Quecksilberkur in die Klinik aufnehmen zu lassen. Die Natur seiner Krankheit wurde ihm nicht verheimlicht, aber vom Patienten nicht geglaubt, so daß er unserer Aufforderung nicht nachkam, sondern sich erst wieder am 25. Januar 1906 aufnehmen ließ, weil sich in letzter Zeit wieder Schmerzen in beiden Schienbeinen eingestellt haben und in den Mundwinkeln und auf der Zunge die Wucherungen wieder zugenommen hatten. Der Status ist im großen und ganzen wenig geändert, die Tibien sind beiderseits auf Druck schmerzhaft, deutliche Auftreibungen nicht mehr zu fühlen. Patient bekommt $6^1/_2$ Kalomelspritzen, welche er gut verträgt. Die Knochenschmerzen durch örtliche Anwendung von Hg.-Pflaster gebessert, die Zunge abgeflacht, die Plaques auf Chromsäurebehandlung verschwunden.

Leider konnte die Kur nicht bis zu Ende durchgeführt und ihr Einfluß auf die Krankheit nicht weiter beobachtet werden, weil Patient wegen häuslichen Unglücks die Klinik verlassen mußte.

Auf erneutes energisches Befragen gestand er, daß er doch in der Zwischenzeit wieder Jodkali genommen hatte, weil sich sein Reizhusten, der ab und zu auftrat, darunter besserte.

Durch briefliche Mitteilung vom 4. November 1906 erfuhr ich nun, daß Patient völlig geheilt ist. Es sind weder neue Stellen noch Rückfälle an den alten aufgetreten, nur die Zunge scheint noch nicht ganz glatt zu sein. Es ist wohl aber wahrscheinlich, daß sich in der Zunge an der Stelle der ausgedehnten Veränderungen Narben gebildet haben.

Jod hat Patient nicht mehr genommen.

FROM THE LIBRARY OF Dr. LOUIS ERNST SCHMIDT

Der Fall ist demnach aufzufassen als eine Kombination von Jododerma und Syphilis verrucosa.

Die Diagnose „Syphilis“ bedarf keiner besonderen Begründung, da die Erscheinungen nach einer geeigneten Quecksilberkur prompt abgeheilt sind. Der eigentümliche Verlauf dieser Syphilis, vor allem der lange unveränderte Bestand der einzelnen Herde und das über Jahre ausgedehnte Auftreten derselben Rezidivformen erklärt sich daraus, daß das Jod gewissermaßen provokatorisch auf die Syphilis gewirkt hat. Der histologische Befund, welcher für Syphilis gar nicht eindeutig war, ist ebenfalls als eine Kombination von Syphilis und Jododerma aufzufassen.



Tumor cutis keratoangiomatosus (Keratangioma?).

Von Professor Dr. Alexis Pospélow in Moskau.

Tab. XIII, Fig. 16.

Das 10jährige Mädchen wurde in meine Klinik, in die Abteilung von Dr. Glawtsche, am 17. September 1898 infolge eines großen Hauttumors am linken Fuß aufgenommen.

Anamnesis. Patientin ist mit bläulichen flachen Flecken am linken Fuß zur Welt gekommen. Beim Barfußgehen gaben diese Flecke oberflächliche Einrisse, aus denen Blut heraustrat, was täglich vorkam, bisweilen auch mehrmals am Tage.

Vor drei Jahren zeigte sich bei Patientin Schüttelfrost, Hitze, ein pustulöser Ausschlag am Körper, wobei gleichzeitig auf den Flecken eine Geschwulst zu wachsen begann und in zwei Wochen den Umfang erreichte, welcher auch jetzt existiert; der Tumor war sehr schmerzhaft und blutete beständig wie auch früher beim Gehen, und erst drei Monate vor Eintritt in die Klinik hörten diese Blutungen auf. Patientin litt an permanentem Kopfschmerz, schlechtem Appetit, war mager und gebrechlich und das einzige am Leben gebliebene Kind von den drei Geschwistern bei ihren Eltern.

Status praesens. An der Dorsalfläche des linken Fußes, beim Übergang in die innere Seitenfläche, ist ein Tumor von bläulichvioletter Farbe, mit höckeriger Oberfläche zu sehen. Der Tumor sitzt einer bläulichroten Basis auf, welche einen unregelmäßig geformten Rand bildet. Der Tumor ist höckerig, rauh anzufühlen und besteht aus zwei Teilen, welche durch einen Streifen bläulichlivider, nicht prominierender Haut voneinander getrennt sind. Beide Erhöhungen bestehen aus einem Konglomerat von weißlichbläulichen Knoten, welche um $^1/_2$—$^3/_4$ *cm* die Hautoberfläche überragen. Die Knoten sind von der Größe einer großen Erbse, rauhig, ziemlich derb und stellenweise mit festen Horngebilden bedeckt. Die Konsistenz der Knoten ist weichteigig, auf Druck werden die Knoten gleichsam komprimiert, indem sie ihren Inhalt nach innen entleeren, und sind sehr schmerzhaft. Subjektive Empfindungen fehlen. Außer der Magerkeit und Zartheit des Organismus ist am Allgemeinzustand nichts zu vermerken. Einige Tage nach Aufnahme der Patientin wurde eine Biopsie veranstaltet und mikroskopische Präparate vom Professor für pathologische Anatomie M. N. Nikiforow verfertigt. Die Ergebnisse der Untersuchungen zeigten folgendes:

Schwache Vergrößerung. Zeiss-Okular 6, Objekt 16. Eeosin-Hämatoxilin. Epidermis. Die Hornschicht ist stark verdickt und an einigen Stellen gehen die Wucherungen recht tief; die Eleïdininschicht und das Stratum granulosum sind ebenfalls vergrößert. Die Malphigische Schicht ist stark verbreitert; in der Stachelzellen-

schicht ist eine große Anhäufung von bräunlichem Pigment vorhanden, jedoch nicht überall gleichmäßig. Corium. In den Papillen sind die Kapillare erheblich erweitert, von denen einige den Charakter relativ großer Hohlräume haben, welche mit roten Blutkörperchen angefüllt sind; eine ebensolche Dilatation wird auch in den tieferen Schichten des Coriums beobachtet, nur ist das weniger zu merken, weil die Bluthohlräume infolge Austritt des Blutes öfters zusammengefallen erscheinen. Um die Gefäße und Hohlräume herum ist eine kleinzellige Infiltration zu erkennen. In den Papillen, welche bedeutende angiomatöse Höhlen aufweisen, ist die Malphigische Schicht komprimiert und verdünnt infolge des zweiseitigen Druckes sowohl von Seiten der erweiterten Bluthöhlen einerseits, als auch der unnachgiebigen Schicht anderseits.

Starke Vergrößerung. Objekt 4, Okular 6, Zeiss. Bei starker Vergrößerung erscheinen die angiomatösen Hohlräume großen und kleinen Kalibers als Erweiterungen der Blutgefäße, deren Wandungen überall gut zu sehen sind.

Diagnose. Es machen sich nun beim Prozeß hauptsächlich zwei Erscheinungen heraus: 1. eine Hyperkeratose des epidermoidalen Gewebes und 2. eine erhebliche Neubildung und Erweiterung der Blutgefäße mit Bildung von Kavernen. Das mikroskopische Bild erinnert sehr an das Angio-Keratoma Mibelli, wo ebenfalls die Hornschicht verdickt und im größten Teil auch die Malphigische Schicht verdickt ist, mit Ausnahme der Stellen, wo die Papillen von der drückenden Gefäßgeschwulst okkupiert sind. Ebensolche Erweiterungen (Aneurysmen nach Ehrmann-Wischnewsky) der Kapillargefäße, und ebenfalls überall sind die Gefäßhöhlen von deren Wandungen ausgekleidet, ohne irgendwo mit den Epidermiszellen in Berührung zu kommen, es ist ebenfalls eine kleinzellige Infiltration um die Gefäße herum bemerkbar; der Unterschied ist nur ein quantitativer — die Höhlen der erweiterten Gefäße sind bei Mibelli größer, dagegen die Infiltration um die Gefäße herum — eine geringere. Indessen ist trotz eines solchen histologischen Baues dieser Tumor bei unserer Patientin makroskopisch nicht völlig einem Angio-Keratom ähnlich. Die Größe des Tumors, sein Entstehen aus einem Naevus, und nicht an Stelle von früheren Perniones — dies alles unterscheidet einigermaßen die Hautveränderung bei unserer Kranken von der Krankheit Mibelli-Pringle. Im wesentlichen ist es auch ein Naevus vasculosus, welcher gewöhnlich nicht über das Niveau der Haut hervorragt, und das Angioma cavernosum — wird nicht von einer Hyperkeratose begleitet. Dr. Glawtsche, welcher die Kranke in der Moskauer Dermatologischen und Venereologischen Gesellschaft[1]) demonstriert hat, glaubt — ohne eine neue Bezeichnung zu erfinden — daß es sich im gegebenen Fall um eine Gefäßneubildung handelt, welche auf Grund eines Naevus teleangiectodes, welcher durch eine deutlich ausgesprochene Hyperkeratose kompliziert ist, sich herausgebildet hat.

In Anbetracht des Gesagten kann man den Tumor der Kürze halber benennen:

Tumor cutis Keratoangiomatosus. (Keratoangioma?)

[1]) Die Sitzung der Moskauer Venereologischen und Dermatologischen Gesellschaft vom 13./26. November 1898.

Über einen Fall von Urticaria perstans simplex.

Aus der dermatologischen Universitätsklinik in Freiburg i. B. (Direktor: Prof. E. Jacobi).

Von Dr. Willy Schmidt, ehem. Volontärassistenten der Klinik.

Tab. XIV, Fig. 17.

Im Anschluß an den von Baum in dem 1. Hefte der Ikonographia veröffentlichten Fall von Urticaria perstans, auf den wir weiter unten zurückkommen werden, teilen wir einen typischen Fall von Urticaria perstans mit.

Es handelt sich um ein 20jähriges Dienstmädchen, M. G., das am 1. Februar 1906 in die dermatologische Klinik zu Freiburg i. B. aufgenommen wurde.

Das Leiden der Patientin begann im Juni 1904. Dieselbe bekam damals plötzlich geschwollene Füße und Beine. Dann trat die Schwellung an den Armen und im Gesicht auf. An allen diesen Stellen zeigten sich „rote Flecke“, die von Juni 1904 bis Jänner 1905 mit wechselnder Intensität bestehen blieben. Im Sommer 1905 waren dieselben ganz verschwunden und kamen erst im Winter 1905 wieder. Ernstere Erkrankungen hat Patientin nie durchgemacht. Die Menstruation begann mit 13 Jahren, war unregelmäßig, ohne Schmerzen und ohne Koagula. Eine Ursache für ihre Erkrankung weiß Patientin nicht anzugeben. Das Allgemeinbefinden wer stets gut. Subjektiv hat Patientin öfter über ein „Brennen“ an den von dem Ausschlage befallenen Körperstellen zu klagen; Juckreiz ist nicht immer vorhanden.

Die Patientin ist ein etwas anämisches, mittelgroßes, regelmäßig gebautes Mädchen von ziemlich kräftigem Körperbau. Der Ernährungszustand ist gut. Das Aussehen der Kranken ist gesund. Die Haut ist abgesehen von den weiter unten zu beschreibenden Effloreszenzen glatt, leicht verschieblich und zeigt eine normale Elastizität. Ein Ödem ist nirgends vorhanden. Es besteht keine Drüsenschwellung. Die Untersuchung der inneren Organe ergab keinen besonderen Befund. Der Urin ist frei von Eiweiß und Zucker. Die wiederholt vorgenommene Untersuchung des Urins auf Indikan hatte ein negatives Resultat. Die Zahl der weißen Blutkörperchen betrug 3700, der Hämoglobingehalt 75%. Die eosinophilen Zellen des Blutes waren etwas vermehrt (zirka $8-9\%$). Es besteht eine äußerst geringe Urticaria factitia.

Als die Patientin in die Klinik aufgenommen wurde, fanden sich besonders an den Streckseiten der Arme und Beine und hier wieder hauptsächlich über der Knie- und Ellenbogengegend regellos zerstreute, kleine, über die Körperoberfläche leicht erhabene längliche und runde Tumoren von Linsen- bis Bohnengröße. Die Farbe derselben war gelblich, bei einzelnen strohgelb. Auf diesen Befund hin wurde von Herrn Professor Jacobi die Diagnose zunächst mit Vorbehalt auf Xanthoma dissem.

gestellt. Durch die histologische Untersuchung konnte jedoch die Diagnose auf Xanthom nicht bestätigt werden. Mittlerweile trat bei der Patientin ein Schub von Urtikariaquaddeln besonders an den Oberarmen, Beinen und im Gesicht auf. Von denselben verschwanden einzelne nach Art der Urtikariaquaddeln schnell und spurlos. Andere zeigten im Verlauf der nächsten Tage eine bräunliche Verfärbung, die teilweise im Niveau der Haut lag, teilweise leicht erhaben war und im Verlauf von mehreren Tagen verschwand. Wieder andere blieben auf die Dauer von Wochen, als die oben beschriebenen kleinen Tumoren, bestehen. Dies war besonders in der Knie- und Ellenbogengegend der Fall. Die Farbe der kleinen Tumoren war zunächst rötlich-bräunlich, dann bräunlich und schließlich nahmen dieselben den oben erwähnten gelben Farbenton an. Bei der Rückbildung wiesen einzelne Quaddeln im Zentrum eine deutliche bräunlichrötliche Verfärbung, umgeben von einem weißen Saume, auf. Die Oberfläche der Knoten, respektive Knötchen war nie zerkratzt. Schuppung an ihrer Oberfläche bestand nicht; auch ließ sich die Haut über den Knötchen nicht fälteln. Beim Darüberstreichen fühlten sich dieselben glatt und ziemlich derb an. Auf Druck bestand keine Schmerzhaftigkeit. Eine bestimmte Gruppierung war nicht vorhanden. Zur Zeit des Auftretens der Quaddeln war die Urticaria factitia stärker ausgeprägt.

Die subjektiven Beschwerden bestehen in „Brennen" und geringem Jucken. Das Auftreten der Quaddeln steht in Beziehung zu der Menstruation. Auch pflegten die Quaddeln aufzutreten, wenn die Patientin sich längere Zeit in der Kälte aufhielt und in die Wärme zurückkam. Die Effloreszenzen, die künstlich durch Äther- oder Chloräthylspray hervorgerufen wurden, waren sehr flüchtig (2—3 Stunden, selten 6—8 Stunden).

Patientin wurde Anfang März aus der Klinik gebessert entlassen, trat jedoch Mitte März wieder in die Klinik ein, da ein neuer heftiger Schub von Urtikariaquaddeln aufgetreten war. Auch diesmal waren vorwiegend Arme, Beine und besonders beide Wangen befallen. Frei waren Handteller, Fußsohlen, Rücken, Brust und behaarter Kopf. Auch auf beiden Wangen blieben diesmal einzelne Quaddeln als erbsengroße gelblich-bräunliche Knötchen zurück. Im Verlaufe der nächsten Zeit konnten noch häufiger Quaddeleruptionen beobachtet werden. In der Glutäalgegend traten Mitte April Quaddeln von kolossaler Größe auf, so daß man von Riesenquaddeln reden konnte. Als Patientin gelegentlich der Zusammenkunft „südwestdeutscher Dermatologen" am 24. April vorgestellt wurde, fanden sich neben frischeren Knötchen noch Reste jener zuerst beschriebenen kleinen Tumoren als flache, allmählich in die umgebende Haut übergehende, gelbliche Erhabenheiten in der Ellenbogengegend vor.

Die mikroskopische Untersuchung eines xanthomähnlichen Knötchens aus der Ellenbogengegend ergab folgenden Befund. Das Epithel zeigt morphologisch keine Veränderungen. Die Keratohyalinschicht ist nicht verbreitert. In den Basalzellen ist wenig oder kein Pigment. Es fand sich weder eine Parakeratose, wie sie Baum, Kreibich und Hartmann beschreibt, noch ein Ödem. Bietet sonach das Epithel keinen abnormen Befund dar, so zeigen sich auffällige Veränderungen in der Kutis.

Im Bereich der Knötchen finden sich größere Infiltrationsherde, die sich gegen das umgebende Gewebe mäßig scharf abgrenzen lassen. Die zellige Infiltration folgt besonders dem Verlauf der Blut- und Lymphgefäße und findet sich auch an den Ausführungsgängen der Schweißdrüsen. Die Blut- und Lymphkapillaren sind stark erweitert. Die zellige Infiltration besteht hauptsächlich aus mononukleären Lympho-

cyten, im Gegensatz zu dem Befunde Baums, der vorwiegend Plasmazellen fand und von einem Plasmazelleninfiltrat spricht. In der Umgebung der Gefäße finden sich Mastzellen in nicht gerade reichlicher Zahl. Pigmentzellen sind nur äußerst spärlich vorhanden. Die elastischen Fasern sind innerhalb des Infiltrates vermindert und erscheinen teilweise wie zerbröckelt. An einzelnen Stellen scheinen sie das Orcëin weniger gut angenommen zu haben.

Unser Fall ist unter jene Fälle einzureihen, welche von Willan-Bateman zuerst als „Stationary Nettle Rash“ (Urticaria perstans) erwähnt und von J. F. Pick (Prager Zeitschr. f. Heilk., 1881) zuerst beschrieben worden sind. Klinisch ist der Fall charakterisiert durch das Auftreten von Quaddeln, die teilweise längere Zeit persistieren und im Verlaufe der Zeit als kleine Tumoren von brauner, gelbroter, respektive gelbbrauner und gelber Farbe, um mich eines Ausdruckes von Touton zu bedienen, als „organisierte Quaddeln“ imponieren.

Differentielldiagnostisch kam in unserem Falle nur das Xanthoma dissem. in Betracht. Pick schreibt hierüber: „Die Ähnlichkeit mit Xanthom kann in Fällen, wo das Pigment in der Umgebung der Quaddel vollständig geschwunden ist und diese als kleine, oft zitronengelbe Geschwulst allein zurückbleibt, dem äußeren Ansehen nach sehr groß sein.“ In unserem Falle konnte durch die histologische Untersuchung und durch das Auftreten von Quaddeln das Xanthom direkt ausgeschlossen werden. Gewöhnlich werden stets Effloreszenzen in den verschiedensten Entwicklungsstufen vorhanden sein, so daß die Diagnose leicht ist.

Folgen wir der von Kreibich (Archiv f. Derm., Bd. 48) vorgeschlagenen Einteilung, so dürfte unser Fall unter das Krankheitsbild der Urticaria perstans simplex einzureihen sein. Klinisch sind diese Fälle charakterisiert durch das Auftreten von typischen Quaddeln, die teilweise persistieren. Exkoriationen fehlen vollständig. Der Juckreiz ist gering. Mikroskopisch findet man ein kleinzelliges Infiltrat in der Kutis; das Epithel ist bei den „organisierten Quaddeln“ unverändert, Plasmazellen fehlen und Mastzellen sind in spärlicher Menge vorhanden. Außer unserem Falle gehören hieher noch drei von J. F. Pick veröffentlichte Fälle. Vielleicht ist von diesen Fall III schon unter die folgenden Fälle einzureihen. Den von Baum mitgeteilten Fall müssen wir zu der Urticaria perstans papulosa rechnen. Klinisch finden sich quaddelartige, persistierende, häufig prurigoähnliche Knötchen mit zahlreichen Exkoriationen und Pigmentationen. Die Oberfläche ist glatt und glänzend. Der Juckreiz ist sehr groß. Mikroskopisch findet sich eine Parakeratose, reichliche Plasmazellen, zahlreiche Mastzellen und keine oder nur geringe Epithelverdickung. Hieher gehören die Fälle von Baum (2), Kreibich, Fabry, Johnston, Corlett, W. Pick, Veiel (?), Hartmann (4), Hammer (2)[1]).

Unter die von Kreibich erwähnte Urticaria perstans verrucusa sind die Fälle von Hartmann (V ?), Hielemann, Kreibich (2) zu rechnen. Von diesen Fällen nimmt der von Hielemann eine besondere Stelle ein, da die von ihm beschriebenen verrukösen Tumoren direkt aus Quaddeln hervorgegangen sind. (Journ. of. cut, 1900, pag. 470). Klinisch sind die übrigen Fälle charakterisiert durch quaddelartige, persistierende Knötchen und Knoten mit rauher, verruköser Oberfläche. Exkoriationen und Pigmentationen sind vorhanden. Der Juckreiz ist groß. Mikroskopisch findet

[1]) Von K. Hartmann (Archiv f. Derm., 64) als Fall VI—VIII beschrieben.

sich eine Parakeratose, verbreitertes Rete, Verlängerung der Retezapfen, reichliche Plasmazellen und zahlreiche Mastzellen. Ob die Fälle II und V von K. Hartmann unter die Urticaria perstans papulosa, respektive verrucosa zu rechnen sind, ist, wie er selbst zugibt, zweifelhaft.

Differentielldiagnostisch kommt bei den Fällen von Urticaria perstans papulosa und verrucosa hauptsächlich der Lichen ruber planus, der Lichen simplex chronicus Vidal (Fall V. Hartmann) und die Prurigo-Hebra in Betracht. Von Baum wird die Ähnlichkeit der kleinsten Effloreszenzen mit Prurigoknötchen und Insektenstichen erwähnt. Baum betont den urtikariellen Prozeß und möchte dem klinischen Bilde nach seinen Fall in Analogie mit der Urticaria pigmentosa, bei der aus einem „urtikariellen Prozeß eine bleibende Hautveränderung" hervorgeht, als Urticaria perstans bezeichnet und die Beziehung zu der Urticaria aufrecht erhalten wissen. Demgegenüber stellt Hartmann bei seinen Fällen jeden urtikariellen Vorgang in Abrede und sieht das Krankheitsbild als ein durchaus eigenartiges an. Es handelt sich nach seiner Meinung „um einen chronischen Pruritus mit sekundären, vielleicht durch mechanischen Reiz verursachten papulösen oder verrukösen Effloreszenzen". Neisser möchte die Affektionen eher für „lichenruberartig" halten (Ikonographia I, pag. 12).

Nach der obigen Beschreibung ist das Bild unseres Falles von Urticaria perstans simplex so typisch, daß wir denselben, sowie derartige Fälle gern als reine Urticaria perstans (sensu strictiori) aufgefaßt wissen wollen. Sollte man die Dermatologie mit einem neuen Krankheitsnamen beglücken und die Urticaria perstans papulosa und verrucosa von der Urticaria perstans simplex trennen wollen, wie letzteres von K. Herxheimer vorgeschlagen wurde, so käme der von ihm angegebene Name „Tuberosis cutis pruriginosa" in Betracht. Vielleicht dürfte es sich empfehlen, demselben noch das Wort „perstans" zuzufügen, um einerseits das Persistieren der Knoten respektive Knötchen, anderseits die frühere Zugehörigkeit zu der Urticaria perstans zu betonen. Inwiefern die Aufstellung eines besonderen Namens gerechtfertigt ist, müssen noch weitere Untersuchungen lehren.

Die Literatur findet sich in den Arbeiten von K. Hartmann (Archiv f. Derm., Bd 64) und von Baum (Ikonographia, Fasc. I, pag. 11) zusammengestellt.

Tab. XIV. Die Abbildung links stellt eine frische Quaddeleruption dar; diejenige rechts die bleibenden bräunlichen Knötchen, die aus den Quaddeln entstehen.



17.
WILLY SCHMIDT
Urticaria perstans.

Urban & Schwarzenberg in Berlin u. Wien.

Lymphangiome capillaire xanthélasmoide du membre inférieur.

Par le Dr. Georges Thibierge,
médecin de l'Hôpital Broca, à Paris.

Tab. XV, Fig. 18.

Ce fait, par ses caractères cliniques, par l'absence de toute tumeur, par la coloration de ses éléments, par leur disséminati on et par son développement à l'âge adulte sans aucune lésion antérieure d'origine congénitale, s'écarte des cas de lymphangiomes jusqu'ici connus.

Il offre des affinités incontestables avec l'éléphantiasis et les lésions résultent manifestement d'un obstacle à la circulation lymphatique du membre, obstacle dont il est cliniquement impossible de déterminer le siège.

La nommée Bar..., âgée de 35 ans, entre le 24 février 1902 dans mon service de l'Hôpital Broca.

Elle n'a jamais été atteinte de maladie grave et ses antécédents ne présentent rien d'important à signaler.

L'affection pour laquelle elle entre à l'hôpital occupe exclusivement le membre inférieur droit et son début remonte à 13 ans. Elle a vu, à cette époque, au cours d'une grossesse, apparaître à la face externe de la cuisse, sans aucun phénomène subjectif, une plaque jaunâtre et saillante, qui· s'est agrandie jusqu'à atteindre la dimension d'une pièce de 2 francs, puis est restée stationnaire. Peu après, une autre plaque semblable s'est montrée à environ 10 *cm* au dessus de la première; elle s'est étendue davantage et a revêtu une forme plus irrégulière.

Pendant 10 ans, ces deux lésions ont existé seules: la première s'est affaissée et n'a plus laissé de trace de sa présence qu'une coloration jaunâtre; plus tard, elle est redevenue saillante.

Depuis 3 ans, d'autres plaques semblables sont apparues sur les faces postérieure interne et antérieure de la cuisse et à la face antérieure de la jambe.

De ces nouvelles plaques, les unes débutaient par de larges taches qui s'agrandissaient excentriquement; les autres, les plus récentes en particulier, débutaient par de petits éléments isolés, d'apperence papuleuse.

Depuis 4 ans s'est montrée à la face dorsale du gros orteil du même côté une sorte de verrue qui s'est développée peu à peu.

Etat actuel. – On voit sur la cuisse droite, disséminées sur toute sa surface, mais prédominant sur ses faces postérieure, externe et antérieure, des lésions remarquables par leur coloration jaune et leur saillie peu prononcée.

Ces lésions affectent, au point de vue de leur disposition, deux types différents.

Les unes forment des plaques dont les dimensions varient de celles d'une pièce de 2 francs à celles d'une pièce de 5 francs et au delà, de forme irrégulière, à prolongements d'aspects divers; ces plaques font sur les parties adjacentes une saillie d'environ un millimètre; cette saillie est à peu près uniforme, cependant un peu irrégulière par places. Leur limite est nette, les bords sont légèrement convexes. Les plaques ont une coloration jaune pâle, légèrement rosée et tirant un peu sur le brun. L'épiderme est plissé, un peu brillant, ses grands plis sont exagérés; lorsqu'on exerce une traction sur la peau, l'épiderme se distend à la manière d'une vésicule incomplètement remplie. Par places, l'épiderme est en très légère desquamation. Lorsque la malade est restée debout pendant un certain temps, les plaques paraissent plus tendues et leur aspect lichénoide s'accentue. Sous certaines incidences de lumière, on voit sur le bord des plaques de très fines vésicules. En outre, sur quelques plaques, à la face postérieure de la cuisse, on aperçoit à travers la peau de très fines dilatations vasculaires sanguines.

Ces plaques occupent les sièges suivants: deux siègent à la face externe da la cuisse, au tiers moyen, à 10 *cm* au dessus l'une de l'autre; deux siègent à sa face postérieure, à 8 *cm* l'une de l'autre, la plus élevée à peu près au niveau de la plus basse de celles de la face externe; une occupe la face interne de la cuisse, au voisinage du périnée. Enfin, à la partie supérieure de la fesse, près de la crête iliaque, on voit une plaque dont la saillie est presque effacée: à part quelques points plus apparents, les lésions ne s'y traduisent plus que par l'état plissé de l'épiderme, son aspect brillant, et une coloration jaunâtre qui est plus prononcée que sur les autres plaques.

Les autres lésions sont des éléments isolés les uns des autres ou groupés en petit nombre pour former des ébauches de plaques; à peine saillants pour la plupart, à contours peu accusés, ils ont une coloration moins prononcée que celle des plaques, de sorte qu'il faut un examen attentif pour voir le plus grand nombre d'entre eux; à leur niveau, l'épiderme est brillant, ses plis sont exagérés et par places il est en voie de desquamation. Ces éléments isolés sont disséminés sur les faces interne et antérieure de la cuisse, sur la face postérieure de la jambe et sur la face dorsale du pied.

Sur la face dorsale du gros orteil, on voit une masse irrégulière, mamelonnée, rappelant l'aspect de l'éléphantiasis verruqueux, de coloration normale, de consistance dure, se prolongeant sous la forme d'une crête longue de 2 *cm* et épaisse de 4—5 *mm* sur la face latérale externe.

Sur la face dorsale des 2[e] et 3[e] orteils, on voit des saillies analogues, mais isolées, de la largeur d'une grosse lentille.

A la face postérieure de la jambe, au niveau du tendon d'Achille, se trouve une plaque large comme une pièce de 2 francs, constituée par des éléments analogues à ceux de la cuisse, mais de consistance dure semblable à celle des lésions des orteils.

Pas de tuméfaction des ganglions lymphatiques de l'aîne. Pas de troubles de la santé générale.

Examen histologique. (Résumé de la note que je dois à l'obligeance de M. Civatte.) Le corps papillaire est rempli de cavités béantes irrégulières, de dimensions variables, quelques unes à peine plus volumineuses que les fentes lymphatiques normales, serrées les unes contre les autres, séparées par des lames plus ou moins épaisses

de tissu conjonctif et donnant au corps papillaire l'aspect d'un tissu caverneux. Ces cavités pénètrent entre les cônes interpapillaires qui sont en ces points amincis et comme étirés.

Elles sont tapissées par un endothélium qui parait reposer directement sur le tissu conjonctif environnant. Il est impossible de leur trouver une paroi propre fibreuse ou même une simple membrane basale, et même la paroi de quelques unes des plus superficielles arrive au contact immédiat de l'épiderme et il est très difficile de déceler la lame de tissu conjonctif qui doit être interposée entre les deux rangées cellulaires. On pourrait croire que l'endothélium est appliqué directement sur la face profonde de la couche germinative.

Dans le tissu qui sépare ces cavités, on trouve en abondance des cellules conjonctives adultes, à noyau ovale, pauvre en chromatine, à protoplasma fusiforme et des cellules dites embryonnaires, mais on ne voit rien qui rappelle un infiltrat inflammatoire. C'est à peine si, çà et là, la gangue cellulaire qui engaîne normalement les vaisseaux parait un peu accusée.

Quelques capillaires sanguins, reconnaissables à leur contenu, rampent autour des cavités béantes qui forment la tumeur.

L'épiderme est normal, à part l'hyeracantose des cones papillaires et l'applatissement des cellules du corps muqueux au dessus des cavités superficielles. La couche germinative elle même est comme aplatie de bas en haut; on ne la distingue que grâce à quelques mitoses, elles même à peine reconnaissables.

Sur les fragments fixés par le mélange acido-platino-osmique, on voit que ses cavités contiennent un liquide albumineux décelé par un coagulum grenu et quelques cellules: globules rouges, lymphocytes et quelques leucocytes mononucléaires à protoplasma très apparent. Sur une série de coupes, on voit une sorte de caillot composé d'un reticulum englobant des leucocytes et quelques cellules endothéliales. Ce caillot est adhérent à la paroi supérieure d'une cavité très superficielle.

Le derme sous jacent à la tumeur est normal. Le fibres élastiques ne semblent pas modifiées sensiblement. On voit leur feutrage, un peu moins abondant peut-être qu'à l'ordinaire, autour des cavités béantes.

Diagnostic. — Au point de vue objectif, cette dermatose, dont je ne connais aucun autre exemple, ne présente guère d'analogie et seulement des analogies éloignées qu'avec le xanthome en raison de sa coloration et avec les lichens en raison de l'aspect de l'épiderme à sa surface. Elle se distingue d'ailleurs facilement de l'un et de l'autre.

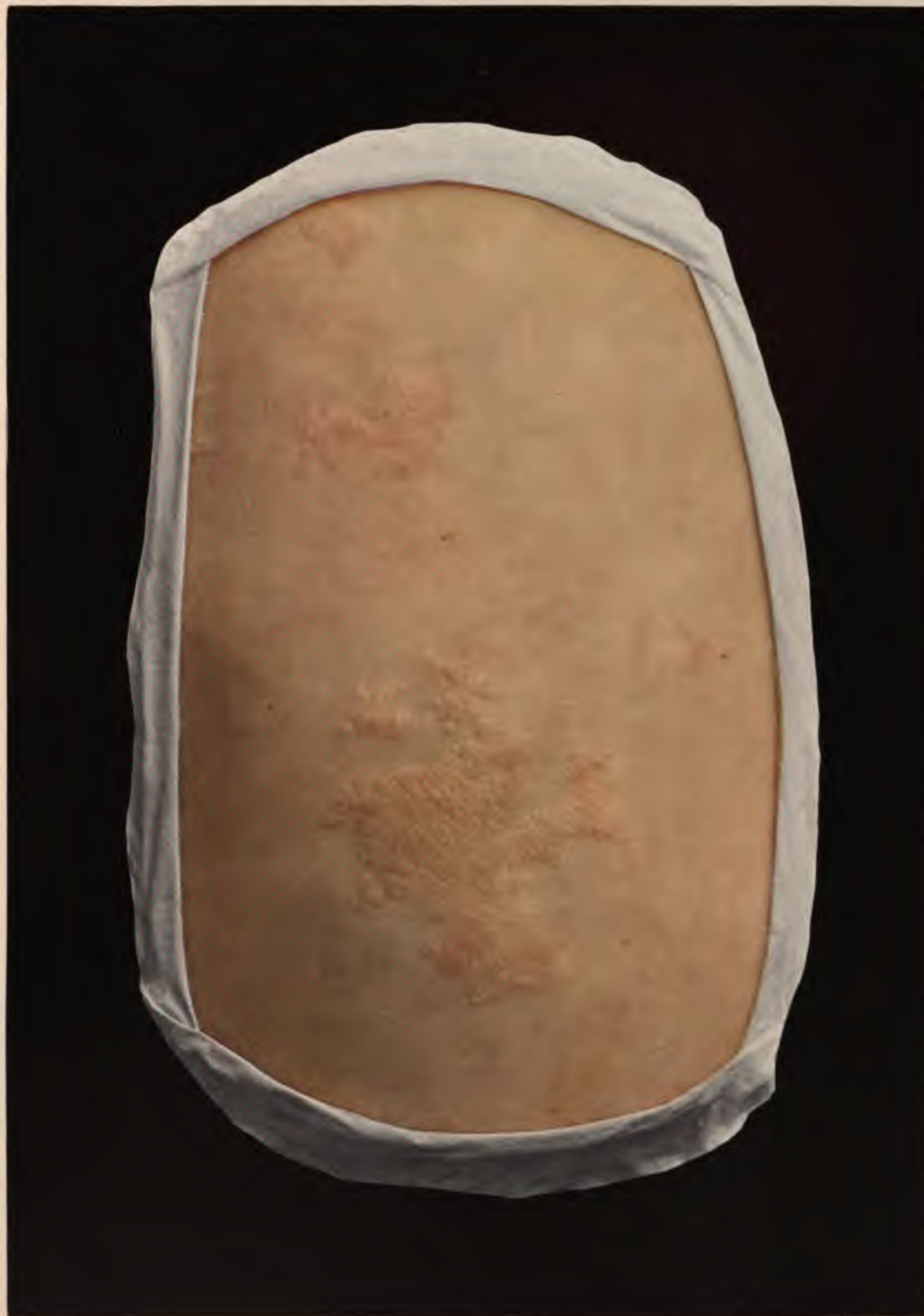
Du xanthome, elle diffère par une coloration plus claire et plus brunatre à la fois, par une consistance moindre et par sa localisation sur un membre, caractère qui n'appartient pas au xanthome non congénital et à petits éléments.

Des lichens, avec lesquels l'analogie est moins prononcée encore, elle s'éloigne par l'aspect flasque de ses éléments, par leur consistance moins considérable et par l'absence de prurit.

L'examen histologique a pu seul dans ce cas éclairer le diagnostic. Une fois fixé par lui, nous avons recherché un signe qui pourrait amener directement au diagnostic clinique dans des cas semblables, c'est l'écoulement de liquide consécutif à la piqure superficielle des éléments de la lésion. Par ce procédé d'examen, on donne

issue à une certaine quantité de liquide clair et transparent, renfermant, comme le contenu des cavités examiné sur les coupes, des lymphocytes et des leucocytes mononucléaires. Ce liquide contient en outre, souvent, des globules rouges en plus ou moins grand nombre, suivant que la piqure a intéressé ou non les capillaires sanguins voisins des cavités lymphatiques. L'écoulement de liquide, après la piqure, persiste quelques instants, mais s'arrête avant que la saillie soit complètement affaissée.

Traitement. — Nous avons eu recours aux cautérisations ignées avec une très fine pointe de galvano-cautère et nous avons pu obtenir ainsi la disparition d'un certain nombre des éléments isolés et la diminution de largeur des plaques, mais la longueur du traitement, résultant du grand nombre des lésions, a fini par décourager la malade avant la guérison compléte.



18.
GEORGES THIBIERGE
Lymphangioma capillare xanthelasmoides.

Urban & Schwarzenberg in Berlin u. Wien.



Fall zur Diagnose.

Aus der k. k. dermatologischen Universitätsklinik (Prof. Riehl) in Wien.

Beschrieben von Dr. Leo Ritter v. Zumbusch, I. Assistenten der Klinik.

Tab. XVI, Fig. 19.

Nebenstehende Tafel bringt die Abbildung eines Falles, der sich im Frühjahre 1905 an der Klinik vorstellte und daselbst durch wenige Tage beobachtet wurde. Der Patient ist aus Bayern und es dürfte der Fall vielen deutschen Dermatologen bekannt sein, da der Kranke damals angab, wegen seiner Krankheit schon viele Kliniken und Spezialärzte aufgesucht zu haben. Doch wurde ihm der Name seines Leidens nie gesagt, dasselbe wurde stets für ein Unikum erklärt. Aus diesem Grunde halte ich mich für berechtigt, durch Wiedergabe des Krankheitsbildes nach der im Besitz der Wiener Klinik befindlichen Moulage den Fall einem großen Kreise von Fachmännern vorzuführen und die Diagnose desselben zur Diskussion zu stellen.

Die Krankengeschichte besagt folgendes: L. G., Kaufmann, 61 Jahre alt, aus Ichenhausen in Bayern. Aufgenommen am 30. März 1905.

Anamnese. Die Familienanamnese ist ohne Besonderheiten, es sei hervorgehoben, daß Angaben, die für Lues sprechen würden, nicht gemacht werden, es fand in seiner Ehe kein Abortus statt, er hat gesunde Kinder. Patient hat einigemal in seinem Leben Erkältungskrankheiten (Bronchitis) durchgemacht, nie ein ernstliches Leiden. In seiner Jugend soll er an Finnen gelitten haben, vor etwa 40 Jahren machte er angeblich ein Ekzem durch, dasselbe soll mittels Umschlägen in wenigen Tagen gänzlich geheilt sein.

Das jetzige Leiden begann im August 1903. Damals bemerkte Patient an beiden Handrücken das Auftreten kleiner, leicht erhabener, hellroter Flecken, welche nach kurzer Zeit wieder schwanden und stets in wechselnder Zahl vorhanden waren. Im Herbst vermehrten sich diese Flecken, traten zunächst auch an den Armen auf, im Dezember auch an den Seiten des Stamms. Im Jänner 1904 verbreitete sich das Exanthem über den ganzen Körper, was den Patienten bewog, einen Arzt zu konsultieren, obwohl ihm sein Ausschlag weder Störungen des Allgemeinbefindens noch Jucken, Brennen oder Schmerzen verursachte. Der Arzt verordnete eine Salbe und Arseniktropfen (Recept. Sol. Fowleri), welche der Kranke bis nun auf Anraten mehrerer konsultierter Spezialisten kontinuierlich in wechselnder Menge nimmt. Schon seit Beginn 1904 bemerkte Patient, daß die Fleckchen Kreise und Schlangenlinien miteinander bilden. Auch bemerkte Patient, daß eine Abschuppung auftrat, indem sich

besonders an der Konkavseite der Ringe ein Schuppensaum zeigte. Er gibt an, daß die Herde meist abheilen mit Hinterlassung von Pigment, daß aber die Haut dann wieder normal wird; nur selten sollen sich Pusteln bilden. Die kreisförmigen Herde sollen nicht durch zentrale Abheilung, sondern durch Aneinanderreihen von Einzeleffloreszenzen entstehen. Seit fast einem Jahr wird Patient immer mehr und mehr braun. Schlaf und Appetit war nie beeinträchtigt, der Kranke leidet ab und zu an Obstipation, das Körpergewicht ist seit Beginn der Erkrankung von 92 auf 84 *kg* gesunken. Potus und Lues negiert.

Status praesens. Kleiner, dicker, dem Alter entsprechend rüstiger Mann; die Untersuchung der inneren Organe ergibt außer einer leichten Bronchitis nichts Bemerkenswertes. Das Sensorium frei, Temperatur normal, im Harn weder Eiweiß noch Zucker.

Der Blutbefund ist normal, es finden sich keine Abweichungen, was Zahl und Art der Leukocyten anlangt.

Die Veränderungen der Haut werden am besten durch die Abbildung veranschaulicht, ich will daher nur eine kurze Beschreibung geben.

Der Kranke zeigt intensive Melanose, vielleicht durch die Arsenmedikation bedingt. Am stärksten ist dieselbe am Bauch und an den Flanken, sowie an den Innenflächen der Oberschenkel.

Im Gesicht, an Stirn, Wangen, um die Augen und im Bart sieht man zahlreiche wenig elevierte, lebhaft rote, mäßig derbe Plaques, die zum Teil unscharf in die Umgebung übergehen; sie bilden hier, wenn auch nicht so deutlich wie am Stamm, ab und zu, halbkreisförmige Linien. Manche Herde tragen eine faltige Schuppenkruste, die ziemlich dünn ist. Einzelne Herde sind auch lividrot, sie zeigen nirgends auffallenden Glanz. Am Stamm fällt die girlandenartige Anordnung auf, sowie der feine Schuppenkranz, der die konkave Seite der Ringe einnimmt. Hier ist die Konsistenz derber, die Farbe dunkler rot. Am Abdomen bilden solche ringförmige Herde öfters Kreise von Talergröße, deren zentrale Fläche tiefbraun gefärbt ist. Bei einzelnen Plaques ist das Zentrum zwar auch abgeheilt, aber es hat sich eine Narbe gebildet. Viele Herde tragen auch hier faltige Schuppenkrusten. Am stärksten prominent, am dunkelsten und am derbsten sind die Krankheitsherde an den Oberschenkeln. Überall blassen die Herde unter dem Fingerdruck vollständig ab. Haare und Nägel sind unverändert, es besteht leichte allgemeine Drüsenschwellung. Die Mundschleimhaut ist leicht cyanotisch gefärbt, sonst aber nicht verändert. Da und dort am Körper zerstreut findet man einzelne Follikulitiden und kleine Furunkel.

Das histologische Bild ist ein derart uncharakteristisches, daß es leider gänzlich ungeeignet ist, den Fall aufzuklären.

Es wurde am Thorax ein Stückchen von einer bogenförmigen Effloreszenz unter Kelèn exszindiert, in steigendem Alhohol fixiert und gehärtet, in Paraffin eingebettet und nach verschiedenen Methoden gefärbt.

Man sieht nun lediglich eine minimale Schuppenauflagerung, eine leichte Verbreiterung der Stachelschicht, leichtes Ödem derselben und des Papillarkörpers, Rundzelleninfiltration um die Gefäße.

Wenn wir auf die Differentialdiagnose dieses merkwürdigen Falles eingehen, so ergibt sich folgendes: In Betracht kommt Psoriasis, Lichen ruber planus, Lupus erythematodes, Syphilis und prämykotisches Exanthem, toxisches Erythem.

Psoriasis dürfte leicht auszuschließen sein: Die geringe Schuppenbildung, zum Teil fehlt sie ja gänzlich, die Ringform der Herde, ihre beträchtliche Elevation, endlich die Art, in der sich die spärlichen Schuppen bilden, lassen diese Diagnose rasch ablehnen.

Ebenso ist auch eine Übereinstimmung mit dem Bilde des Lichen ruber planus keineswegs vorhanden: Es fehlt der Juckreiz, nirgends sind die charakteristischen Knötchen des Lichen ruber zu sehen, die ja gerade bei dieser Krankheit einzig wichtig zur Stellung der Diagnose sind. Lediglich die Farbe der Herde erinnert an Lichen ruber planus.

Der Lupus erythematodes kommt überhaupt nur ausnahmsweise in ausgedehnter Weise am Stamme vor. Bei ihm sind die Herde stets scheibenförmig, während wir in unserem Fall sehr deutlich sehen, daß die Herde Kreisbogen bilden. Die Narbenbildung fehlt ebenfalls hier zum größten Teil. Lediglich einzelne Plaques am Stamm erinnern an Erythematosusherde. Der generalisierte Lupus erythematosus tritt übrigens unter markanten Allgemeinsymptomen in akuter Weise auf.

Mit Syphilis stimmt die universelle Ausbreitung des Prozesses, die Drüsenschwellung, das Fehlen des Juckreizes, die serpiginöse Anordnung, die Farbe der älteren Herde. Dagegen spricht vielleicht die negative Anamnese und die hellrote Farbe und weiche Beschaffenheit der jüngeren Herde, besonders aber der Umstand, daß alle unter dem Fingerdrucke vollständig abblassen, soweit dies die Melanose der Haut zuläßt. Allerdings erschwert die Melanose sehr das Erkennen der Farbe nach der Anämisierung; dennoch möchte die Diagnose Syphilis eine gewisse Wahrscheinlichkeit in Anspruch nehmen.

Für die Diagnose eines prämykotischen Exanthems spricht in erster Linie die Polymorphie dieser Krankheit und die Unmöglichkeit, den Fall als typisch in irgend ein bekanntes Krankheitsbild einzureihen. Obwohl wahrscheinlich noch niemand ein so aussehendes prämykotisches Exanthem beobachtet haben dürfte, beweist doch die Beschaffenheit desselben nichts für oder gegen diese Annahme. Auffallend ist aber auf jeden Fall der Mangel an Exsudationserscheinungen und die geringfügige Schuppenbildung, noch auffallender der gänzliche Mangel des Juckreizes, denn dieser letztere ist wohl das einzige immer vorhandene Symptom im wechselnden Bilde des Frühstadiums der Mykosis. Auch daß der Blutbefund normal ist, spricht nicht gerade für Mykosis fungoides.

Die Diagnose Erythema toxicum einem Falle von nicht bekanntem Aussehen gegenüber und bei völlig negativer Anamnese zu stellen, bedeutet nicht viel mehr, als den Prozeß für unbekannt zu erklären.

Indem ich also mich für keine der aufgezählten Diagnosen entscheiden möchte, glaube ich, daß am ehesten noch Syphilis oder allenfalls Mykosis fungoides in Betracht zu ziehen seien.

Ziehen wir das histologische Bild in Betracht, so ist dieses vielleicht der einzige Anlaß, Dermatitis toxica zu diagnostizieren, denn es stimmt weder mit den erstangeführten Prozessen überein, noch mit Syphilis oder Mykosis.

Nachschrift: Auf meine Anfrage hat mir jetzt im Juni 1906 der Patient mitgeteilt, ein Naturheilkünstler habe ihn gänzlich geheilt. Diese spontane Rückbildung der Erscheinungen würde am meisten die Annahme stützen, es habe sich um ein syphilitisches Exanthem gehandelt.

Druck von Christoph Reisser's Söhne, Wien V.



19.
LEO VON ZUMBUSCH
Casus pro diagnosi.

Urban & Schwarzenberg in Berlin u. Wien.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

DIE

EXPERIMENTELLE BAKTERIOLOGIE

UND DIE

INFEKTIONSKRANKHEITEN

mit besonderer Berücksichtigung der Immunitätslehre.

Ein Lehrbuch für Studierende, Ärzte und Medizinalbeamte

von

Prof. Dr. W. Kolle, Direktor des hygienisch-bakteriologischen Institutes an der Universität Bern
und
Stabsarzt Dr. H. Hetsch, Vorstand der bakteriologischen Untersuchungsstation des XVI. Armeekorps in Metz.

Gr. 8°. XII und 589 Seiten.

Mit 3 Tafeln und 125 größtenteils mehrfarbigen Abbildungen.

Preis: 20 M. = 24 K broschiert, 22 M. 50 Pf. = 27 K Halbfranz gebunden.

Hauptsächlich für den nicht bakteriologisch Gebildeten geschrieben, stellt das Werk das zurzeit wissenschaftlich Anerkannte unter Berücksichtigung der neuesten Forschungsergebnisse in mustergültiger Weise übersichtlich zusammen. Eingehend, aber ohne zu viel theoretische Betrachtungen und mit Klarheit und prägnanter Ausdrucksweise wird besprochen: Die Beziehungen der Infektionskrankheiten zur experimentellen Bakteriologie im allgemeinen, die Verknüpfung mit der Epidemiologie, Diagnostik, Prophylaxis und Therapie, die modernen Immunitätslehren und deren praktische Verwertung, die Serumdiagnostik, Serumtherapie, Schutzimpfung, biologische Eiweißdiagnostik. Das klinisch und pathologisch-anatomisch Wichtige wird, soweit erforderlich, erwähnt, die Protozoenlehre und die Protozoenkrankheit werden eingehend behandelt.

Nach seiner ganzen Anlage ist das Werk bestimmt, für den Arzt ein orientierendes Nachschlagewerk und für den Studierenden ein genügend ausführliches Lehrbuch zu bilden.

A. MARTIN

PATHOLOGIE UND THERAPIE

DER

FRAUENKRANKHEITEN.

In vierter Auflage umgearbeitet von

Dr. August Martin, Professor und Direktor
und
Dr. Ph. Jung, Professor und Oberarzt
der Universitäts-Frauenklinik in Greifswald.

Mit 185 zum Teil farbigen Abbildungen.

Preis: 16 M. = 19 K 20 h broschiert, 18 M. 50 Pf. = 22 K 20 h Halbfranz gebunden.

Diese vierte Auflage des bewährten Lehrbuches, das seit längerer Zeit vergriffen war, erscheint hiemit textlich wie auch ganz besonders illustrativ in wesentlich erweiterter Gestalt. Dem gewaltigen Entwicklungsgange, welchen in den letzten Jahren die Gynäkologie durchgemacht hat, parallel ist die ganze Art der Darstellung und insbesondere deren Technik vorgeschritten. Das getreue Abbild eigener Präparate, die bildliche Darstellung operativer Maßregeln läßt die früher unentbehrlichen langwierigen Auseinandersetzungen überflüssig erscheinen, ein Blick auf solche getreu wiedergegebene Bilder ersetzt fernere Beschreibungen.

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien.

ATLAS DER HAUTKRANKHEITEN

mit Einschluß der

WICHTIGSTEN VENERISCHEN ERKRANKUNGEN

für

PRAKTISCHE ÄRZTE UND STUDIERENDE.

Von

Prof. Dr. E. Jacobi,

Direktor der Dermatologischen Universitätsklinik in Freiburg i. Br.

Dritte, vermehrte Auflage.

243 farbige und 2 schwarze Abbildungen auf 132 Tafeln mit erklärendem Text.

Preis: 38 M. = 45 K 60 h broschiert. 44 M. = 52 K 80 h gebunden.

Der uneingeschränkte große Beifall, der von allen Seiten den ersten beiden Auflagen dieses Werkes gezollt wurde, bleibt eine Bestätigung der Worte Geheimrat Neissers (Breslau) an den Verfasser: »Besseres, Naturgetreueres und unmittelbarer Wirkendes hat noch kein Atlas geboten.« Jede Tafel dieses Atlasses muß als ein Kunstwerk bezeichnet werden, das Ganze als ein für jeden Arzt, nicht nur für den Spezialisten, unbedingt notwendiger Behelf zum Studium und zur Diagnostik der Haut- und Geschlechtskrankheiten.

ATLAS DER BLUTKRANKHEITEN

nebst einer

TECHNIK DER BLUTUNTERSUCHUNG.

Von

Priv.-Doz. Dr. Karl Schleip,

wissenschaftlichem Assistenten an der mediz. Klinik in Freiburg i. B.

In mehrfarbiger, teilweise 17farbiger Lithographie, mit 71 Abbildungen auf 45 Tafeln.

Gr. 8°. Preis: In elegantem Halbfranzband 30 M. = 36 K.

Inhaltsübersicht.

	Seite
Technik der klinischen Blutuntersuchung	1–12
Entwicklung der weißen und roten Blutzellen (Fig. 1)	13–17
Normales Blut (Fig. 2–5)	19–24
Die weißen Zellen des menschlichen Blutes (Fig. 6–15)	25–36
Leukocytosen (Fig. 16–23)	37–50
Die roten Zellen des menschlichen Blutes und die Blutplättchen (Fig. 24–26)	51–54
Die Anämien (Fig. 27–41)	55–78
Leukämien (Fig. 42–58)	79–118
Blutveränderungen bei Knochenmarkstumoren (Fig. 59 bis 61)	119–128
Blutparasiten (Fig. 62–71)	129–140

Die Ausführung der 71 Abbildungen dieses neuen Atlasses, welche alle wichtigen Blutbilder vorführen, sind an Schönheit und Klarheit in jeder Beziehung tadellos. An jeder einzelnen Stelle sind alle Details mit größter Schärfe und Deutlichkeit erkennbar, so daß diese Bilder tatsächlich Originalpräparate ersetzen, und der Atlas, der Absicht des Verfassers entsprechend, sowohl als eine vorzügliche Hilfe beim klinischen Unterrichte wie auch als Führer beim Selbststudium dienen wird.

Christoph Reisser's Söhne, Wien V.